

Faculdade de Ciências Médicas

Universidade Nova de Lisboa



3ª Edição do Mestrado Saúde e Envelhecimento – 2011/2014

O contributo da farmácia comunitária no envelhecimento ativo

Maria Alexandra de Oliveira Ribeiro Simões

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Envelhecimento

Tese efetuada sob a orientação de:

Professora Doutora Ana Alexandre Fernandes

Coorientação: Professora Doutora Amália Botelho

2014

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa

3ª Edição do Mestrado Saúde e Envelhecimento – 2011/2014



O contributo da farmácia comunitária no envelhecimento ativo

Autora: Maria Alexandra de Oliveira Ribeiro Simões

**Orientadora: Professora Doutora Ana Alexandre Fernandes, Professora Catedrática do
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Nova de Lisboa**

**Coorientadora: Professora Doutora Amália Botelho, Professora Auxiliar da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa**

2014

Agradecimentos

Um agradecimento em particular às minhas orientadoras, Professora Doutora Ana Alexandre Fernandes e Professora Doutora Amália Botelho, pelo apoio e disponibilidade que sempre demonstraram e que tornaram possível a construção da dissertação através da sua orientação e incentivo.

Um agradecimento à Direção da ANF, e em particular ao Sr. Dr. Paulo Cleto Duarte, que tornou possível a realização do estudo empírico junto das farmácias.

A todas as farmácias que se disponibilizaram a participar, aos amigos e cidadãos que também se disponibilizaram para colaborar no estudo.

Aos colegas do MSE3 por estarem também nesta jornada.

À Fátima Vaz, Pereira Albino, Isabel Borba Vieira, Otilia Sousa, Paulo Martines, Rui Rodrigues, Clara Ferreira e Cristina Pinto.

Aos colegas da ANF e em particular à Carla Torre, Celso Vieira, José Pedro Guerreiro, Joana Pinto, José Luis Gonçalves, Luis Rossa, Mário Fernandes, Nuno Flora, Patrícia Ferreira, Paulo Carvalhas, Rita Silva, Rui Simões, Rute Horta, Sandra Lino, Sónia Romano, Sonia Queirós, Suzete Costa e Zilda Mendes.

À minha filha Leonor que na sua relação solidária de responsabilidade, preserva a presença do ser humano no mundo.

A vários (outros) amigos.

A todos, o meu muito obrigado.

Resumo

A população mundial está a envelhecer de forma sustentada.

O setor das farmácias em Portugal está a passar por um conjunto de alterações que conduzirá a uma ação mais interventiva ao nível da prestação de cuidados de saúde.

Deste modo delineou-se um estudo descritivo, transversal e exploratório sem intervenção, de carácter qualitativo e quantitativo que compara diferentes grupos etários com o objectivo de compreender melhor o papel do farmacêutico no âmbito do envelhecimento das populações. Pretendemos assim otimizar práticas e serviços que podem ser realizados nas farmácias e alertar os utentes, para gerir melhor a sua condição de saúde, sensibilizando-os para o próprio processo de envelhecimento.

Como principais resultados destacamos o papel de intervenção crucial da farmácia, quer pela sua acessibilidade quer pela contribuição que pode ter para a condição de saúde das populações. Pela amostra estudada em 100% das farmácias são feitos despistes e controlo da hipertensão arterial e hipercolesterolemia, factores fundamentais no controlo da aterosclerose e das doenças cardiovasculares.

Podemos ainda concluir que a farmácia pode ser o elemento de otimização, revisão e reconciliação das terapêuticas dos resistentes em lares e ao domicílio, junto da população 65+. Em termos das pessoas idosas, o nosso estudo indicia que, apesar da crise sócio económica dos últimos anos, continuam a tomar os medicamentos mais essenciais, o que se relaciona com a política do medicamento implementada.

Este trabalho pretende também, contribuir para o desenvolvimento de uma rede de competências da farmácia ao nível do envelhecimento ativo, podendo ser uma oportunidade futura.

Palavras-chaves: envelhecimento, pessoas idosas, doente geriátrico, farmácia, perceções de saúde, sistemas de saúde

Abstract:

World population is getting older in a sustained way.

Portuguese community pharmacies are going through a change process, leading to a higher intervention in healthcare delivery.

The study designed is descriptive, transversal and exploratory, with no intervention, with a qualitative and quantitative component that compares different age groups. The purpose is to better understand pharmacists' role in population aging.

One of our main goals is to optimize practices and services with potential to be performed in pharmacies and aware patients to better manage their health, becoming more conscious of their aging process.

As main results we highlight the intervention of pharmacies, not only by its accessibility but also sustained on the unique contribution pharmacies deliver in the best benefit of populations' health condition.

In the sample studied, 100% of pharmacies perform screening and vigilance of hypertension and hypercholesterolemia, essential for the control of atherosclerosis and cardiovascular diseases.

We may also determine the importance of pharmacies intervention over therapeutics optimization, revision and reconciliation in nursing homes and in domicile, mostly focusing patients over 65.

In what concerns to elderly population our study indicates that, despite social and economic crises of recent years, the elderly keeps taking its essential medicines, which is related with medicines politics implemented at the present moment.

This project intends to pay a relevant contribution to the development of a group of core competencies in pharmacies, related to the promotion of an active and healthy aging process, which represents an important future opportunity for Portuguese Pharmacies.

Key words: aging, elderly people, geriatric patient, pharmacy, health perceptions, health systems.

Índice

Capítulo I	5
Enquadramento teórico-conceitual	5
1.1. A dimensão do envelhecimento demográfico e os impactos na saúde.....	5
1.2. A dimensão política do envelhecimento	12
1.3. A política do medicamento.....	14
1.4. Farmácias comunitárias e a sua intervenção	16
1.5. Cuidados farmacêuticos e envelhecimento	19
1.6. Responsabilidade social e a farmácia	21
1.7. Como ser culturalmente competente em população envelhecida.....	24
Capítulo II	27
2.1. Análise prévia sobre a evolução do consumo de alguns grupos farmacoterapêuticos selecionados, em Portugal.....	27
2.1.1. Evolução do consumo dos medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas	28
2.1.2. Evolução do consumo de medicamentos antiparkinsónicos.....	30
2.1.3. Evolução do consumo de antidiabéticos orais (ADO).....	32
2.1.4. Evolução do consumo de medicamentos andislipidémicos	34
2.1.5. Evolução do consumo de medicamentos anti-hipertensores.....	36
2.1.6. Evolução do consumo medicamentos utilizados na incontinência urinária	37
Capítulo III	41
3.1. Material e Métodos.....	41
3.1.1. Inquéritos aos profissionais de farmácia	42
3.1.2. Inquéritos aos utentes	43
3.2. Ensaio à metodologia proposta	45
3.3. Análise estatística.....	46
Capítulo IV	49
4.1. Apresentação e discussão dos resultados do inquérito às farmácias e aos utentes.....	49
4.1.1. Participação das farmácias e dos farmacêuticos	49
4.1.2. Participação dos utentes	66
4.1.3. Farmácias e utentes: análise relacional dos dados.....	75
Capítulo V	79
Conclusões	79
5.1. Contributos para uma definição de políticas de <i>envelhecimento ativo</i> , a partir das farmácias comunitárias.....	79

5.2. Limitações e perspectivas de investigação futuras	79
5.3. Considerações finais	80
Referências bibliográficas	85
Anexos.....	91

Índice de Figuras

Figura 1 - Estrutura etária da população portuguesa entre 2003 - 2013.....	6
Figura 2 - Projeção da população residente em 2060, por sexo e grupo etário	7
Figura 3 – Projeção para a evolução da população portuguesa.....	8
Figura 4 - Determinantes do envelhecimento ativo	11
Figura 5 - Evolução do consumo de fármacos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas, por milhões de DDD.	29
Figura 6 - Evolução do consumo de fármacos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas, por milhões de euros (€).....	30
Figura 7 - Evolução do consumo de antiparkinsonicos por milhões de DDD.....	31
Figura 8 - Evolução do consumo de antiparkinsonicos por milhões de euros (€)	32
Figura 9 - Evolução do consumo de antidiabéticos orais (ADO) por milhões de DDD.....	33
Figura 10 - Evolução do consumo de antidiabéticos orais (ADO) por milhões de euros (€)	34
Figura 11 - Evolução do consumo de antidislipidémicos em valor, por milhões de DDD	35
Figura 12 - Evolução do consumo de antidislipidémicos por milhões de euros (€).....	35
Figura 13 - Evolução do consumo de anti hipertensores, por milhões de DDD	36
Figura 14 - Evolução do consumo de antihipertensores, por milhões de euros (€).....	37
Figura 15- Evolução do consumo de fármacos utilizados na incontinência urinária, por milhões de DDD.....	38
Figura 16 - Evolução do consumo de fármacos utilizados na incontinência urinária por milhões de euros (€)	38

Índice de tabelas

Tabela 1 - Encargos do SNS no Regime Geral e Regime Especial	15
Tabela 2 - Evolução da distribuição das vendas dos medicamentos no SNS por grupos de utentes pertencentes ao regime especial de comparticipação.....	15
Tabela 3 - Tipificação das questões e sua contabilização temática	45
Tabela 4 - Distribuição por idade dos participantes nos inquéritos das farmácias.....	49
Tabela 5 - Distribuição da participação das farmácias, segundo as regiões (NUTS II).....	50
Tabela 6 - Distância à farmácia mais próxima.....	50
Tabela 7 - Área da farmácia.....	51
Tabela 8 - Horas de abertura semanal.....	51
Tabela 9 - Recursos humanos na farmácia.....	52
Tabela 10 - Serviços feitos na farmácia	53
Tabela 11 - Organização do espaço da farmácia.....	55
Tabela 12 - Farmácias como local de saúde para utentes que requerem cuidados especiais	56
Tabela 13 - Farmácia como local de intervenção farmacêutica.....	57
Tabela 14 - Farmácias como local de local de intervenção pluridisciplinar de profissionais com diferentes competências nas áreas de saúde	58
Tabela 15 - Farmácia como local de intervenção em instituições (lares de idosos).....	59
Tabela 16 - Farmácia como local de intervenção ativa no apoio ao domicílio	61
Tabela 17 - Necessidades de formação contínua de quadros da farmácia em competências geriátricas	62
Tabela 18 - Ajudas técnicas que identifica como importantes para a intervenção da população que requer cuidados especiais:	64
Tabela 19 - Papel da farmácia como local de intervenção em projetos de responsabilidade social.	65
Tabela 20 - Distribuição por idade dos participantes.....	66
Tabela 21 - Distribuição da participação dos utentes, segundo as regiões (NUTS II)	66
Tabela 22 - Distribuição da participação dos utentes, por habilitações literárias	67
Tabela 23 - Frequência com que se deslocam à farmácia	68
Tabela 24 - Satisfação global com a farmácia.....	68
Tabela 25 - Distribuição percentual dos respondentes relativamente à atenção prestada	69
Tabela 26 - Distribuição percentual dos respondentes relativamente aos serviços prestados pela farmácia.....	70
Tabela 27 - Distribuição percentual dos respondentes às situações em que a farmácia poderia ter um papel de destaque:	71
Tabela 28 - Distribuição percentual dos respondentes às situações em que a farmácia poderia ter um papel de intervenção em instituições de idosos, IPSS e outros.....	72
Tabela 29 - Distribuição percentual dos respondentes às situações relativamente ao papel do farmacêutico e da farmácia na intervenção domiciliária	73
Tabela 30 - Algumas respostas relativos a situações que poderão agradar e/ou desagradar a cidadãos quando perfizer 65 ou mais anos.....	74
Tabela 31 - Análise conjunto do inquérito às farmácias e do inquérito aos utentes relativamente a deteção diferentes de situações.....	76
Tabela 32 - Análise conjunto do inquérito às farmácias e do inquérito aos utentes relativamente à intervenção na farmácia no apoio ao domicílio	77

Preâmbulo

Ricceur citada por (Serrano, 2008) refere *“o apelo que vem do frágil orienta-nos para o futuro. Que faremos com esse ser que é frágil. Que faremos por ele. Todos os exemplos de fragilidade vinculados à extensão dos nossos poderes advogam uma responsabilidade face ao futuro: do planeta, da vida, da economia mundial, da comunicação planetária, enfim, da democracia”*

Graças ao uso de medicamentos foi possível criar condições para aumentar a eficiência da cirurgia ou vencer estados críticos, poupando vidas ou evitando sofrimentos. Os medicamentos, apesar dos incontestáveis progressos terapêuticos, estão longe de responder ao que espera a humanidade sofredora, já que a ciência pouco pode ainda fazer para dominar alguns males que atormentam o homem. O mundo de hoje, refere-nos Correia da Silva, evolui tão rapidamente e o homem tem-se mostrado tão poderoso (e tão fraco) que gera um vago pavor sobre aquilo que virá a ser o mundo de amanhã (Nunes, R. ; Melo, 2011).

Vivemos numa sociedade cheia de preconceitos relativos ao envelhecimento e, conseqüentemente, à morte. Vivemos numa sociedade em que nos centramos nos jovens e nas crianças. O fim não é falado. É um tema desconfortável devido à sua inevitabilidade e falta de controlo associada. Com a tecnologia, tudo é possível, mas as pessoas têm que estar preparadas. Apesar de todo o conforto que a tecnologia pode dar a um fim de vida, é sempre um fim de vida; torna-se óbvio que não basta um medicamento e tecnologia para um fim de vida digno. Para além disso, o fim torna-se mais comprido, e por isso parte integrante da vida e da sociedade, e todos têm que agir ativamente na sociedade. Com a esperança de vida a aumentar, o tabu tem que deixar de existir e, mais que isso, o envelhecimento tem que se tornar um assunto comum e estar acessível à consciência de todos: a consciência de que pessoas envelhecem todos os dias, que é um caminho para a morte mas que pode ser vivido em atividade e com conforto; é um caminho de todos, um caminho que tem que ser respeitado, porque será o de cada um de nós.

Estamos conscientes que através da elaboração de projetos, ajustados às necessidades, podemos elevar a qualificação e sobretudo otimizar a qualidade de vida de pessoas.

Afinal de contas a *“prosa da vida permite-nos sobreviver, mas viver é viver com poesia”*, diz Stephane Hessel nos seus noventa anos, mas não deixaria de referir a afirmação da poeta Sylvia Plath, *“que morrer é uma arte, como tudo o resto”*.

E como reconhece Trostky, a *“velhice é a coisa mais inesperada que nos acontece”* e o Professor Lobo Antunes acrescenta *“o que não é fácil, mas limitações da idade ou as dificuldades que experimentamos são influenciadas pelas oportunidades que tivemos em interagir com outros, por novas experiências económicas, educativas, e sucessos que se colhem ao longo da vida”*.

Introdução

O envelhecimento demográfico da população apresenta-se como uma realidade em todo o mundo e é um indicador de progresso social, económico e de saúde. Por este facto, o debate em torno do envelhecimento adquire cada vez mais relevância e atualidade colocando desafios às sociedades modernas e obrigando à reflexão relativa à forma como se organiza a sociedade.

Com o avanço da idade, a pessoa idosa tem tendência a ter patologias múltiplas e há tendência para o doente estar polimedicado, aumentando assim a predisposição para que ocorram interações, contraindicações e reações adversas.

Os cuidados de saúde são reconhecidos como sendo o pilar de um sistema de saúde e assumem um papel de fulcral importância na prevenção da doença e na promoção da saúde. As farmácias desempenham um papel de enorme importância na prestação de cuidados à população e são assim um dos principais agentes da prestação de saúde em Portugal, parte integrante do modelo organizacional do sistema de saúde português. A sua missão passa pela dispensa de medicamentos e produtos de saúde implicando a intervenção individual e na comunidade através do desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção de doenças nas populações. Segundo as boas práticas farmacêuticas para a farmácia comunitária (OF, 2009), a principal responsabilidade do farmacêutico é assegurar a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, promovendo o direito a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança e o aconselhamento sobre o uso racional dos medicamentos e a monitorização dos doentes.

A atividade farmacêutica esteve durante anos centrada na dispensa do medicamento, estando atualmente alargada a serviços relacionados com o seguimento farmacoterapêutico e com o acompanhamento da doença, aproximando-se dos doentes, onde fica destacado o papel de interesse público das farmácias permitindo assim dar uma dimensão mais humanitária e social aos cuidados de saúde e de serviços prestados.

Pretendemos através desta investigação compreender o papel das farmácias e dos farmacêuticos no quadro geral de envelhecimento demográfico tendo em conta as necessidades crescentes da população idosa, a promoção de um envelhecimento ativo e de uma maior capacitação da sua condição de saúde.

Neste percurso procurámos:

- Descrever um processo estruturado sobre a realidade do envelhecimento, potenciando a qualidade de serviços e aspetos de socialização prestados nas farmácias;
- Relacionar os cuidados de saúde a nível terapêutico e o papel da farmácia na continuidade dos tratamentos, para a manutenção e melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.
- Caracterizar quais os perfis de necessidade de intervenção nas farmácias que são identificados e valorizados pelos farmacêuticos, identificando os potenciais contributos, papel social e de proximidade das farmácias junto das populações 65+;
- Caracterizar a perceção dos utentes em relação aos processos de intervenção da farmácia no âmbito do envelhecimento ativo;
- Confrontar as necessidades identificadas pelos profissionais de farmácias com as perceções identificadas por utentes das farmácias relativamente à população 65+;
- Identificar novas necessidades de intervenção de cuidados de saúde na população idosa;
- Refletir sobre a operacionalidade do estudo no âmbito das farmácias em Portugal.

A investigação encontra-se organizada em cinco capítulos:

No primeiro capítulo fazemos o enquadramento concetual. Contém informações demográficas para a contextualização das questões do envelhecimento. Além disso abordamos as questões relacionadas com a intervenção da farmácia comunitária que vão desde a dimensão política do envelhecimento, a política do medicamentos, o papel da farmácia comunitária e os cuidados farmacêuticos.

No segundo capítulo, fizemos uma análise do consumo de alguns medicamentos entre 2008 e 2013. Os grupos dos medicamentos são justificados por si, selecionamos o grupo de fármacos mais usados, a nível da maior causa de morte e incapacidade em Portugal ou seja as doenças cardiovasculares tendo-se ponderado também na escolha de alguns efeitos secundários que originam incapacidade e limitam a qualidade de vida.

No terceiro capítulo é efetuada a descrição de objetos e apresentação dos métodos de investigação e que consta de um inquérito feito aos profissionais das farmácias e um inquérito direcionado a utentes.

No quarto capítulo incluímos a análise e discussão dos resultados de forma detalhada em função das respostas do inquérito.

Por fim, no quinto capítulo concluímos a investigação privilegiando uma reflexão sobre o papel da farmácia, numa visão de promoção do *envelhecimento ativo*.

Capítulo I

Enquadramento teórico-conceitual

1.1. A dimensão do envelhecimento demográfico e os impactos na saúde

Segundo dados internacionais (Nações Unidas, 2012) a proporção de pessoas idosas no mundo com 80 ou mais anos, foi de 14% em 2012, prevendo-se que seja de 20% em 2050. Se essa projeção se concretizar, haverão 402 milhões de pessoas com 80 anos ou mais, ou seja, 3,5 vezes mais do que hoje. Estima-se que o número de centenários irá também aumentar, sendo que os 343.000 verificados, em 2012, passarão a 3,2 milhões em 2050.

Em 1960 a população com 65 ou mais anos não chegava aos 833 mil numa população total de 8,7 milhões e atualmente ultrapassa os 2 milhões num total de 10,5 milhões. Por outro lado, a esperança média de vida à nascença, em meados dos anos 70, era de 64,7 anos para os homens e 72,1 anos para as mulheres, sendo que, em 2013, era de 76,7 anos para homens e de 82,6 anos para mulheres.

Segundo os dados do Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat, 2014) relativamente ao envelhecimento da população em Portugal, em 2013, a proporção de indivíduos dos 0-14 anos é de 14,8%, sendo este valor inferior à média EU, cujo valor se situa nos 15,6%. Considerando os indivíduos dos 65-79 anos, estes representam 14,1% em 2013, sendo este valor superior à média europeia que se situa nos 13,1%. Quando comparada, a população de 80 ou mais anos, verifica-se, para 2013, uma proporção de 5,3%, valor também superior à média europeia que é de 5,1%. Perante os dados do Eurostat (2014) , a população com 65 ou mais anos representa 19,4% da população em Portugal, superior à média europeia que se situa, em 2012, em 17,8%. A esperança de vida à nascença, para Portugal, em 2012 era de 80,5 anos para as mulheres e 77,3 para os homens, o que revela também um recuo para a propensão a morrer. O índice de dependência em 2013 é de 29,4 (Eurostat, 2014).

Em 2050, segundo as previsões da CE (Comissão Europeia), o número de pessoas com 65 ou mais anos deve crescer 70% na Europa e, já o número de pessoas com 80 ou mais anos deve crescer 170% (CE, 2007).

Por outro lado, segundo a previsão do Eurostat para 2050, o índice de dependência de pessoas idosas em Portugal será de 57,20%, valor superior à média europeia que se estima em 52,55% (Eurostat, 2014).

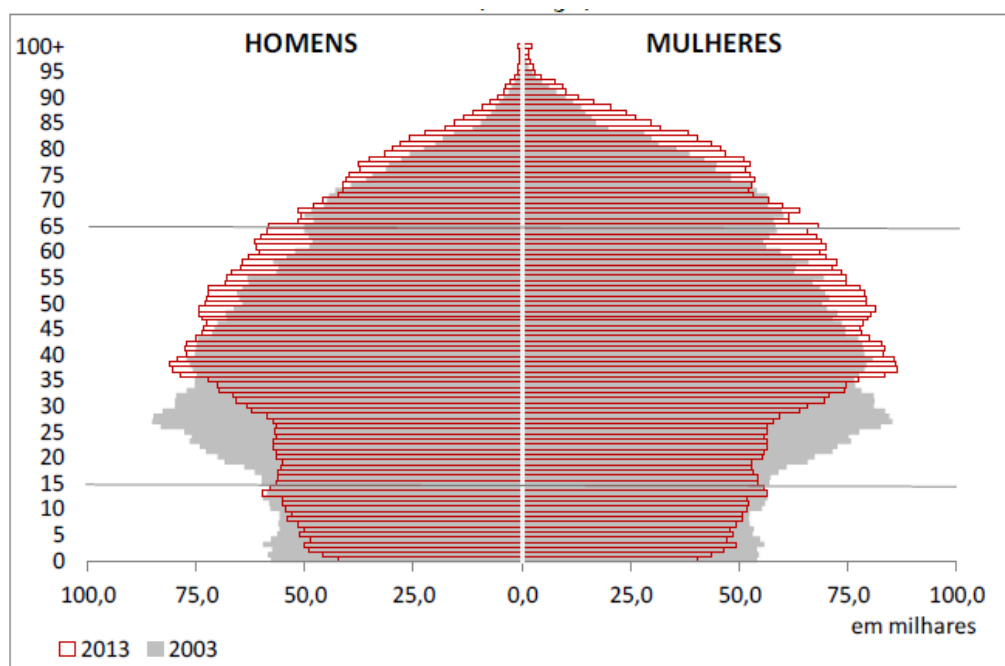


Figura 1 - Estrutura etária da população portuguesa entre 2003 - 2013

Fonte: INE

Segundo os dados do INE entre 2003 e 2013 (INE, 2014) é visível o duplo envelhecimento demográfico em Portugal: a base da pirâmide apresentou um estreitamento, enquanto o seu topo se alarga. Neste período houve um aumento do número de pessoas com 65 ou mais anos e diminuiu o número de pessoas com menos de 15 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. O índice de envelhecimento passou de 106 para 136 pessoas idosas por cada 100 jovens.

Ainda segundo o INE, a dinâmica do crescimento da população residente em Portugal, na primeira década do século XXI, aponta para alterações demográficas nos modelos de mortalidade e fecundidade, em simultâneo com mudanças no perfil migratório. O crescimento da população resulta quase exclusivamente do saldo migratório. Esta evolução deve-se aos fortes fluxos de entrada no País, quer na forma de imigrantes com nacionalidade estrangeira quer na forma de regresso de portugueses, em

particular na primeira metade da década. A população residente está a envelhecer resultando do aumento da esperança de vida, declínio de fecundidade e fluxos migratórios internacionais (Carrilho, 2013).

O aumento da esperança de vida conquistada à morte com o declínio da mortalidade não é perceptível, como a redução de filhos e traduz-se numa alteração do calendário do aparecimento de deficiências ligadas à velhice (Fernandes, 1997).

Em 2013, Portugal apresenta a propensão para procriar mais baixa da EU-28, medida a partir do Índice Sintético da Fecundidade (ISF), que se situa em 1,21 filhos por mulher (Pordata, 2014). A sustentabilidade demográfica obriga a que a fecundidade aumente de forma a assegurar a substituição de gerações, mas para isso terão de ser criadas condições favoráveis da economia e mudanças no estilo de vida da própria sociedade.

Portugal 2060

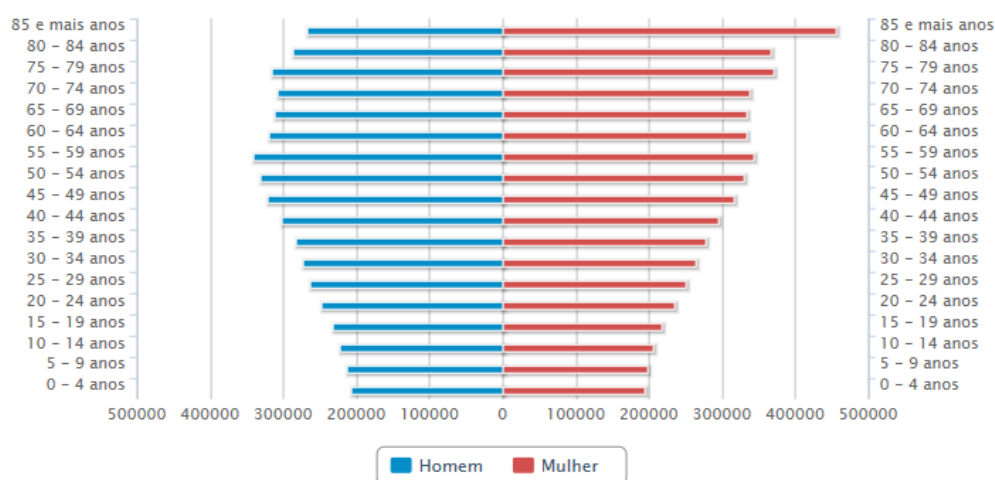


Figura 2 - Projeção da população residente em 2060, por sexo e grupo etário

Fonte: INE

Em 2060 estima-se então um aumento significativo das pessoas idosas em Portugal; o que implica um grupo maior de indivíduos com inúmeras patologias crónicas, limitações funcionais e deficiência, que pode levar à solidão e depressão e a maiores consumos de medicamentos.

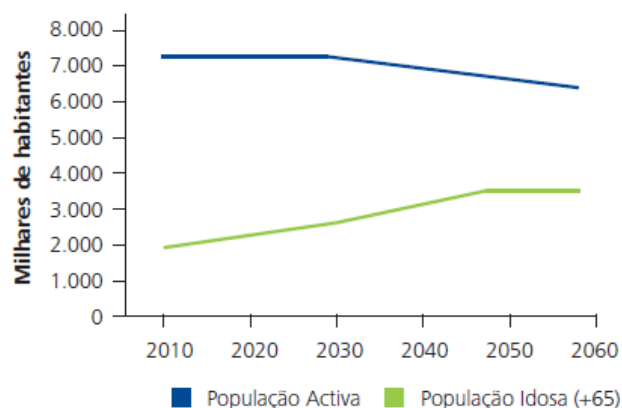


Figura 3 – Projeção para a evolução da população portuguesa

Fonte: Deloitte (2011), Saúde em análise: uma visão para o Futuro

A debilitação e as doenças crónicas associadas a incapacidades serão um desafio do envelhecimento, que terá que se adaptar às suas novas dificuldades e por isso será um dos grandes desafios globais que se colocam à sociedade, segundo uma nova realidade, que requer uma mudança fundamental de ordem económica, cultural e organizacional. Os decisores políticos terão de se preocupar com a forma como os padrões de vida serão afetados e a forma como cada trabalhador terá de contribuir para o suprimento de necessidades de consumo para uma proporção crescente de população com deficits de funcionalidade e dependência.

A organização Mundial de Saúde (OMS) defende a criação de espaço e capacidade organizacional para agir eficazmente sobre a desigualdade na saúde, exige investimento na formação de agentes elaboradores de políticas e pessoal médico e a compreensão pública dos determinantes sociais da saúde. Entre os principais determinantes de saúde encontram-se as características socioeconómicas de uma população. Pessoas com rendimentos mais baixos, como menos habilitações e qualificações tendem a ter maior prevalência de problemas de Saúde. Os sistemas de protecção social universais devem proteger todas as pessoas ao longo da vida – na infância, na vida activa e na velhice. A prestação de serviços na velhice deve orientar-se para a promoção da funcionalidade e da autonomia (OMS, 2010).

A OMS, evidencia que as doenças crónicas – mais prevalentes nas pessoas com mais de 60 anos – como a doença cardiovascular, doença pulmonar e diabetes, são responsáveis por mais de 50% dos gastos com saúde na maioria dos países, chegando em alguns países a 80%. É de notar que não se tratam apenas dos custos financeiros para os países; trata-se da vida das pessoas, dos desejos pessoais que

uma sociedade tem que responder, desejos de mais saúde, mais qualidade de vida, desejo de sermos ouvidos na nossa individualidade.

A polimorbilidade e a polimedicação são características inerentes da população idosa em que a prevalência de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPIs) é elevada. O uso de MPIs está associado a um risco aumentado de Reações Adversas de Medicamentos (RAMs), de mortalidade e de utilização de recursos de saúde. Há necessidade de prestar atenção especial à terapêutica do doente geriátrico para aumentar a sua segurança através de medidas que envolvam diferentes instituições e profissionais de saúde (Mosca, C. ; Correia, 2013).

Face a isto, a maioria dos especialistas em saúde concorda que os modelos atuais não são sustentáveis atendendo à evolução das necessidades de saúde das populações. A saúde depende cada vez mais de parcerias estabelecidas entre o paciente e os cuidadores (Odegard, et al , 2007), cada vez mais a linha entre doentes e técnicos de saúde tem que ser apagada; os técnicos hoje serão os doentes amanhã, os técnicos de outrora são as pessoas idosas do presente. Os sistemas de saúde têm por isso de pôr em marcha estratégias que favoreçam o envelhecimento ativo e atribuir maiores responsabilidades aos prestadores de saúde de maior proximidade às comunidades envelhecidas, nomeadamente às farmácias. Assiste-se a uma reorientação da atividade da farmácia para uma ação mais interventiva na prevenção e promoção de saúde e utilização racional do medicamento com estratégias dirigidas a utentes crónicos e polimedicados, que fomentem a sua adesão à terapêutica e minimizem o aparecimento de efeitos secundários.

Num mundo com todas estas exigências, envelhecer permanecendo ativo constitui um dos desafios das sociedades modernas, tanto a nível individual como coletivo e está claramente inscrito na agenda internacional. Desde a ONU, através da Organização Mundial de Saúde (OMS), à Comissão Europeia (CE), passando pela OCDE estas organizações alertam e definem políticas públicas para a sociedade relativamente aos problemas do envelhecimento. O paradigma do Envelhecimento ativo foi introduzido em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo sido entendido como processo de cidadania plena e definido como *“processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, de forma a melhorar a esperança e qualidade de vida das pessoas, à medida que envelhecem, num quadro de solidariedade entre gerações”*. A palavra *ativo* refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou integrar o mercado de trabalho. O objetivo do

envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

Sem colidir com esta definição, a OCDE considera o *envelhecimento ativo* como “a capacidade das pessoas que avançam em idade levarem uma vida produtiva na sociedade e na economia. Isto determina que as pessoas podem elas próprias determinar a forma como repartem o tempo de vida entre as atividades de aprendizagem, de trabalho, lazer e de cuidados aos outros”, apontando desta forma para o afastamento gradual do mundo do trabalho.

O livro branco, *Juntos para a saúde*, emitido em 2007, pela Comissão Europeia, alerta para a necessidade de ações de promoção da saúde e de prevenção da doença ao longo do ciclo de vida para que se promovam estilos de vida saudável, com redução de comportamentos nocivos e prevenção e tratamento de certas patologias específicas. Alerta para a necessidade de promover a medicina geriátrica (CE, 2007).

Segundo as diretrizes definidas em 2012 no âmbito do ano europeu do envelhecimento: “O envelhecimento ativo reporta-se a um fenómeno pelo qual, com o aumento da esperança de vida, os cidadãos permanecem ativos durante mais tempo, tanto no mercado de trabalho como em atividades produtivas não remuneradas (como a prestação de cuidados a membros de família ou trabalho voluntário) vivendo uma velhice saudável, independente e autónoma” (GEPAC, 2013).

As pessoas mais velhas, em especial, têm necessidade de viver em meios envolventes que lhes proporcionem apoio e capacitação, para compensar as mudanças físicas e sociais associadas ao envelhecimento. Como refere Kalache (OMS, 2007), o projeto “cidade amiga dos idosos” é o marco político do envelhecimento e cultiva a solidariedade entre diferentes grupos etários, na medida em que o envelhecimento ativo é um processo contínuo e uma cidade amiga dos idosos não é simplesmente amiga das pessoas mais velhas. O desafio para as gerações jovens é a sua adaptação a uma sociedade envelhecida.

A OMS considera que uma cidade amiga das pessoas idosas estimula o *envelhecimento ativo* através da criação de condições de saúde, participação e segurança de modo a reforçar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Adapta as suas estruturas e serviços, de modo a que estas incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas, com diferentes necessidades e capacidades.

Machado (2005) refere que o conhecimento do fenómeno do envelhecimento pode assumir diversos figurinos, de acordo com a tradição que se privilegie, o ecletismo da abordagem decorre da consideração das transformações da dinâmica demográfica nos quadros sociais em que essa dinâmica ocorre, e da reflexão sobre as respostas dos agentes sociais. No que concerne ao acesso a cuidados de saúde, assim como a uma diversidade de serviços, que podem não ser de natureza médica, constituem temas e preocupações fundamentais para as pessoas idosas.

O *envelhecimento ativo* depende não só de determinantes que rodeiam os indivíduos, bem como de interações existentes entre eles, estando representadas através da figura 1 (OMS, 2012).



Figura 4 - Determinantes do envelhecimento ativo

Fonte: Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas idosas, OMS 2007

A Direção Geral de Saúde (DGS), no uso das suas competências técnico-normativas, emitiu o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas para promover dinâmicas da saúde, e cuidados de prevenção que aumentam a longevidade, melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade (DGS, 2004).

O *envelhecimento ativo* é um paradigma interiorizado a nível político. Uma política de *envelhecimento ativo* exige a intervenção de vários sectores da vida pública e de sistemas de proteção social, sendo que a abordagem intersectorial significa estratégias locais, nacionais e globais em todas as idades (Fernandes & Botelho, 2007).

Num estudo recente sobre o processo de envelhecimento em Portugal, reconhece-se que os portugueses estão a adotar práticas de *envelhecimento ativo*, convergindo para uma vida mais longa, com qualidade e capacitação individual e coletiva, onde apenas 10% dos inquiridos com (50+) declararam ter necessidades de saúde regulares e 13% na faixa de 65-74 e ainda 17% na faixa dos 75 ou mais anos (Cabral et al); 2013).

1.2. A dimensão política do envelhecimento

O envelhecimento da sociedade significa que teremos um crescimento de pessoas competentes, motivadas e ativas, pelo que é necessário pensar e criar uma estrutura social que evite desajustamentos entre expectativas e condições que a sociedade poderá proporcionar às pessoas que são mais exigentes relativamente a atividades que pretendem desenvolver. As pessoas deixaram de aceitar o processo de envelhecimento como um processo inevitável de decadência do corpo.

De acordo com o relatório recente está a haver um apoio por parte da União Europeia (UE) a ajudar os Estados-Membros de forma a serem efetuados esforços para promover o envelhecimento saudável, com iniciativas para melhorar a saúde das pessoas idosas, a força de trabalho e a prevenção de doenças ao longo da vida. Além disso, a UE tem tomado medidas para melhorar as condições de vida das pessoas idosas.

O processo de envelhecimento está associado a um bom nível de saúde, a não ser que esteja associado a patologias crónicas, e por isso as orientações futuras passarão pela criação de condições para que as pessoas idosas possam estar mais em casa, com ajudas formais e com a criação de estruturas especializadas em cuidados paliativos e demências com respostas que possam ser globais e integradas (Sousa, 2011).

O envelhecimento da população é um fenómeno global que tem repercussões políticas e sociais: nas relações, no seio da família, na equidade entre as gerações, nos estilos de vida e na solidariedade familiar e acentuará as desigualdades entre ricos e pobres e países desenvolvidos e em desenvolvimento. Será necessário prolongar a atividade económica até uma fase avançada da vida e os sistemas de saúde terão de se adaptar a uma redução do número de doenças agudas e da medicina infantil, bem

como um aumento das doenças não transmissíveis e da prestação de cuidados de longa duração (Harper, 2009).

Como já foi referido, se conjugarmos os declínios das taxas de natalidade e a existência de menos jovens, percebemos que o número de pessoas idosas em relação ao número de jovens está a aumentar deste modo as políticas públicas e de cuidados implementadas terão de consolidar e contribuir para estilos de vida saudáveis deste grande grupo da população. É sabido que a sociedade está enormemente preparada para novos nascimentos, para o conforto dos jovens e indivíduos de meia-idade, mas se a taxa destes indivíduos terá tendência para diminuir em relação às pessoas idosas não terá que haver uma preparação cada vez maior para integrar este último grupo?

O processo de envelhecimento, ao longo das últimas décadas, tem vindo a ser adiado com os avanços nos cuidados de saúde, higiene, nutrição e tecnologias.

Num editorial publicado (Lancet, 2012) alerta-se para a importância de estabelecer uma compreensão detalhada dos resultados de saúde e acesso aos mesmos por mais populações, especialmente nos países de baixo e médios rendimentos. Segundo a editora, melhorar a qualidade e quantidade de informações de saúde e técnicas de monitorização em doenças crónicas é essencial para priorizar programas preventivos para o envelhecimento da população e acompanhar a sua eficácia.

A sociedade tem ainda mal resolvidos os desafios do envelhecimento e que a intervenção passará por inovações que olharão não só para a forma como prestamos serviços a pessoas idosas, mas como podemos facilitar plataformas de colaboração entre os sectores público, privado e civil, permitindo que os mesmos participem no desenvolvimento das suas próprias soluções. Há modelos promissores, mas poucos comprovados que inovam num interface crucial da tecnologia de design, de serviço e participação do público (Nordstokka, 2012).

Numa revisão narrativa, sobre o envelhecimento ativo, os autores Taylor & Gill (2012) previnem para a necessidade das farmácias e dos farmacêuticos, interiorizarem que vidas mais longas conduzem a expectativas de vida mais saudáveis, por parte dos utentes. Estes investigadores referem a necessidade de desenvolvimento de novos fármacos, que permitam otimizar a qualidade de vida das pessoas com determinadas patologias, como a doença de Alzheimer ou a doença de Parkinson e para a

necessidade de se criarem mecanismos para minimizar os efeitos dos acidentes vasculares cerebrais, perda de visão, cancro e DPOC.

1.3. A política do medicamento

Um sistema de saúde tem como objetivo melhorar a saúde dos cidadãos. Na generalidade de países da OCDE, temos um problema de insuficiência de fundos para a saúde o que tem conduzido a reflexões da OCDE em aspetos ligados à eficiência e funcionamento dos sistemas de saúde (Simões, 2009).

O mercado global do medicamento em Portugal decompõe-se em duas grandes parcelas: o mercado ambulatorio e o mercado hospitalar. No primeiro caso há uma venda direta aos cidadãos. Os gastos das participações de medicamentos vendidos pelas farmácias representam uma despesa significativa do SNS. O aumento da despesa de medicamentos levou a serem desenvolvidas políticas de apoio à comercialização de medicamentos genéricos, por serem mais baratos. Com efeito, a crescente pressão sobre os custos da saúde e a conjuntura de crise económica, têm sido tomadas medidas que visam o controlo de custos com medicamentos que são comparticipados no âmbito do SNS (Correia de Campos, 2008).

Com efeito, as principais alterações iniciaram-se em 2010 e passaram pela cessação de participações a 100%, a revisão de regras para a definição do preço dos medicamentos, a forma de cálculo do preço de referência e a forma de cálculo do preço máximo para cada grupo homogéneo, a descida administrativa de preços, a alteração da fórmula de cálculo dos medicamentos através da introdução das margens regressivas e a obrigatoriedade de prescrição por denominação comum internacional (DCI). Estas medidas visaram a redução de preços de medicamentos e o aumento da utilização de genéricos.

Em consequência das medidas políticas adotadas nos últimos anos, tem-se vindo a verificar uma redução dos encargos do SNS com os medicamentos. Nos beneficiários do regime especial, onde incluem os pensionistas, essa redução foi de 11% de 2010 para 2011.

Os dados dos consumos no SNS, divulgados pelo Infarmed, resultam da conferência de faturas das farmácias. Analisando a evolução da distribuição das vendas dos medicamentos no SNS, por grupos de utentes. Verificou-se que em média, em 2011, os pensionistas representaram um custo de 24,5€ por receita para o SNS, assumindo o pensionista 8,97€ por receita.

Tabela 1 - Encargos do SNS no Regime Geral e Regime Especial

Ano	Regime Geral	Regime Especial (Pensionistas)
2008	52,70%	45,80%
2009	52%	46,50%
2010	51,60%	47%
2011	56,33%	42%

Fonte: adaptado de Infarmed

Tabela 2 - Evolução da distribuição das vendas dos medicamentos no SNS por grupos de utentes pertencentes ao regime especial de participação.

		2011 (€)	2010 (€)	2009 (€)	2008 (€)
		Pensionistas	Pensionistas	Pensionistas	Pensionistas
Consumo	PVP	761.522.209	958.576.245	922.631.092	909.003.424
	SNS	557.431.935	777.264.773	725.570.460	672.641.270
	Embalagem	50.041.114	55.720.033	53.606.612	51.399.541
	Prescrição	22.749.014	24.662.967	20.986.704	19.742.275
Custo médio receita	PVP	33,47	38,87	43,96	43,96
	SNS	24,5	31,27	34,57	34,57
	Utente	8,97	7,6	9,39	9,39

Fonte: Infarmed – Estatísticas do medicamento de 2008, 2009, 2010 e 2011

1.4. Farmácias comunitárias e a sua intervenção

A farmácia existe desde tempos imemoriáveis e é difícil determinar em que momento o homem terá encontrado a origem da medicação para a cura ou alívio da doença. O termo farmácia além de designar atividades de preparar, conservar e dispensar medicamentos, identifica uma profissão. Estamos num período de descobertas farmacológicas associadas a descobertas tecnológicas, graças a elas a Humanidade pode esperar prolongar ainda mais a vida, e desenvolver uma maior qualidade de vida para cidadãos.

O início da atividade farmacêutica remonta ao século VII, os mercadores de drogas, plantas medicinais e outros químicos permitiam ao boticário preparar as suas formulações. Com a evolução das especialidades farmacêuticas industrializadas, no início do século XX o mercado torna-se mais organizado e surgem empresas que permitem a melhor distribuição destes medicamentos para as farmácias, através de uma distribuição por grosso.

A farmácia comunitária desde os seus primórdios tornou-se uma das portas de entrada dos sistemas de saúde, considerando as atividades que são dirigidas ao medicamento e aos doentes.

A farmácia comunitária, pela relação de proximidade estabelecida com a população e pela atividade que desempenham, cujo foco é centrado na promoção da saúde, prevenção de doença, autocuidados ou educação para a saúde, apresentam também as necessárias condições para, em estreita colaboração com as Unidades de Saúde Familiares (USF) possam fornecer informações aos médicos e equipa de saúde por forma a se promoverem uma boa comunicação em prol dos doentes.

A adequada distribuição em Portugal das redes de farmácias permite uma boa distribuição de farmacêuticos por todo o país, permitindo que as farmácias funcionem como postos de saúde avançada.

Os farmacêuticos da farmácia comunitária têm um contacto privilegiado junto das pessoas idosas que vivem em suas casas. São profissionais de saúde que promovem a qualidade de vida dos doentes e consequentemente, possuem um papel ativo na promoção da saúde das pessoas idosas.

Aquando da aquisição dos seus medicamentos, os farmacêuticos, podem intervir junto dos doentes, para que os mesmos façam a utilização dos medicamentos de forma mais adequada. Podemos dizer que a nível europeu os sistemas de saúde têm evoluído para uma maior intervenção da farmácia comunitária na saúde pública.

Num relatório produzido pelo Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) é recomendada a facilitação do acesso do farmacêutico aos registos de saúde dos doentes e a melhoria da troca de informação entre profissionais de saúde. Neste âmbito, é dado como exemplo de boas práticas a seguir o sistema multidisciplinar de cuidados primários na Holanda, em que o médico comunica ao farmacêutico informação relativa às suas práticas de prescrição e em que o farmacêutico é chamado a participar, em conjunto com o médico, no processo de revisão da terapêutica. Para melhorar a adesão à terapêutica por parte das pessoas idosas com perda de autonomia, é recomendada a utilização de uma caixa distribuidora automática de medicamentos, em alturas pré-programadas, preparada pelo farmacêutico (PGEU, 2014).

O National Institute for Health Care Excellence (Nice) do Reino Unido considera o papel da farmácia essencial no processo de gestão da terapêutica dos residentes de lares. As orientações vão no sentido da farmácia ser o elemento de otimização, revisão e reconciliação das terapêuticas dos residentes de lares, com vista a proporcionar melhores cuidados aos doentes e reduzir os erros de medicação, evitando assim os reinternamentos (Klein-Schwartz, 2002).

Numa campanha realizada em 2007, intitulada *Viver mais viver melhor*, realizada em 1847 farmácias portuguesas, 5008 doentes foram desafiados a levar o saco de medicamentos que tomavam, no intuito de identificar problemas de adesão à terapêutica, reações adversas e medicamentos fora do prazo de validade. A campanha revelou que a revisão da terapêutica permitiu efetuar ajustes da terapêutica por parte do médico, contribuindo assim para otimizar resultados nos pacientes (Horta, R; Costa, 2007).

As pessoas mais velhas apresentam muitas vezes multimorbilidade e polimedicação. Num estudo longitudinal realizado na Irlanda, relativo à prevalência de prescrições inapropriadas e/ou omissas revelaram que quase 15% das pessoas com idades igual ou superior a 65 anos, tiveram pelo menos uma prescrição inapropriada. A inadequação da prescrição foi superior para pessoas com idades superiores a 75 anos, e para o género masculino em situações de polimedicação. Os autores alertam

para a necessidade de aplicação de critérios que permitam reduzir medicação desnecessárias, efeitos adversos e cuidados de saúde mais eficazes (Galvin, Rose ; et al, 2014).

A incidência de hospitalizações por efeito de medicamentos tem sido também objeto de estudo. Entre 5 a 10% de pessoas idosas que são hospitalizadas deve-se ao efeito adverso de certos fármacos. A prevenção passa pelo controlo regular da lista de medicamentos e de vigilância de efeitos adversos. Os principais problemas que originam a hospitalização são: hemorragias por anticoagulantes, desidratação por perturbações eletrolíticas por diuréticos, cataratas provocadas por hipnóticos, substâncias psicotrópicas, osteoporose por utilização de corticosteróides, hipoglicémias por utilização de antidiabéticos orais e insulinas, insuficiência cardíaca, por utilização de anti-inflamatórios não esteróides (AINE). Quer o farmacêutico hospitalar, quer o farmacêutico de oficina estão na primeira linha de profissionais que podem detetar estes problemas e comunicá-los aos médicos (Somers, 2014).

Por outro lado também se verifica que nem sempre as farmácias fazem esta monitorização. Num estudo efetuado na Bélgica (Dupond, Bortel, & Boussery, 2012) sobre a intervenção das farmácias na monitorização da medicação feita aos doentes, verificou-se que apenas um número limitado de farmácias fazia essa intervenção. Neste estudo, procurou-se observar a administração de medicamentos a pessoas idosas, que estão em suas casas que administram pelo menos um fármaco para uma doença crónica. Observavam-se eventuais interações, adesão à terapêutica e problemas de literacia de doentes. Foi reconhecida a necessidade de maior intervenção dos farmacêuticos ao domicílio.

No âmbito do *envelhecimento ativo* cabe portanto ao farmacêutico participar no encorajamento da população idosa em atividades que promovam a sua saúde através da estreita colaboração com outros organismos ligados à saúde. Em contexto de escassez de recursos, considerando a crise mundial e o crescimento demográfico, importa analisar o impacto do envelhecimento na qualidade de serviços que podem vir a ser prestados pelas farmácias.

Os resultados de um estudo (Willis, Hoy, & Jenkins, 2011) demonstram que jovens estudantes voluntários, acompanhados e monitorizados por farmacêuticos, podem fornecer dados de elevada relevância clínica, visitando e acompanhando os doentes idosos, nas suas casas. Estas iniciativas contribuíram, segundo o estudo, para uma

melhor adesão à terapêutica dos utentes e apontaram para melhores benefícios para a saúde e bem-estar de uma população idosa, inscrita numa unidade básica de saúde. Ao aumento do consumo de medicamentos pelas pessoas idosas corresponde a uma maior probabilidade de aparecimento de efeitos adversos e interações, que devem ser prevenidos de modo a garantir o uso seguro dos medicamentos. A farmácia é um centro de prevenção da doença e da adesão à terapêutica orientada para a prestação de serviços aos cidadãos, permitindo acesso a serviços diferenciados, tais como gestão de terapêutica, programas para gestão de determinadas patologias (diabetes, asma DPOC), administração de vacinas ou tratamento de feridas.

Esta área de competência deve estar presente na formação de farmacêuticos e técnicos de saúde. Como refere um artigo sobre farmácia geriátrica (Odegard et al., 2007) as faculdades e escolas de farmácia devem focar-se em que os seus alunos tenham competências geriátricas para melhor cuidar da população mais velha do seu país. A prestação de cuidados de saúde e o foco em competências geriátricas dos farmacêuticos é essencial para os futuros programas educacionais e vai exigir um compromisso sustentado das faculdades de farmácia, organizações profissionais, agências governamentais e associações.

1.5. Cuidados farmacêuticos e envelhecimento

A integração de serviços e de funções da responsabilidade do farmacêutico centrado no doente refletem o conceito de Cuidados Farmacêuticos e constitui a abordagem para ir ao encontro dos doentes no que concerne a processos clínicos que incluem a cedência, indicação, revisão terapêutica, educação para a saúde, a farmacovigilância, seguimento farmacoterapêutico e o conceito de uso racional do medicamento (Santos, Cunha, Coelho, & Botelho, 2009).

A intervenção do farmacêutico durante a dispensa apresenta três possíveis padrões quer se trate de indicação farmacêutica para um medicamento não sujeito a receita médica (MNSRM), medicamento que vá ser utilizado pela primeira vez ou a dispensa de terapêuticas de longa duração. A dispensa do MNSRM poder ser efetuado por

pedido direto do doente ou por aconselhamento do farmacêutico para alívio de sintomas ou resolução de um problema menor de saúde (ANF, 2006).

Os farmacêuticos devem acompanhar de forma ativa a terapêutica medicamentosa dos seus utentes, principalmente quando se tratam de MNSRM de forma a assegurarem uma terapêutica mais eficaz e menos prejudicial. A intervenção profissional na dispensa de terapêuticas de longa duração consiste em verificar se o doente adere às terapêuticas e se se sente melhor, e/ou se existem problemas de segurança e reforçar a informação sobre a posologia. Pode haver aconselhamento específico para avaliar com maior detalhe a efetividade e segurança terapêutica com contacto e articulação com o médico assistente. O nível de informação e o papel dos médicos e dos farmacêuticos assumem particular importância nos doentes idosos que carecem de cuidados especiais.

Cabe também ao farmacêutico dentro das áreas da automedicação, preparar e orientar os utentes na construção do *armário da farmácia*, sendo que o mesmo deve preocupar-se com as orientações a dar aos seus utentes relativamente à arrumação, indicações clínicas dos mesmos, à manutenção dos medicamentos dentro das embalagens de origem, controlo do seu prazo de validade e a manutenção dos mesmos em lugar fresco e ao abrigo da luz.

A população idosa é um dos grupos mais expostos à possibilidade de ocorrência de interações por utilização de vários fármacos, muitos deles no âmbito da automedicação. Perante a diversidade existem incertezas sobre os serviços farmacêuticos que terão melhores resultados ou que sejam mais promissores para serem adotados pelo profissional tendo em consideração o conceito de saúde baseado na evidência.

O relatório anual, do Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU) de 2013, intitulado "*Farmácia Comunitária – O recurso de saúde acessível*", destaca o desenvolvimento de novos serviços pelas farmácias comunitárias, integrados nas políticas de saúde nacionais. Segundo este relatório está hoje assente que a fraca adesão à terapêutica constitui um problema que pode ser prevenido, de significativa dimensão, tanto do ponto de vista da saúde do doente como dos custos e, conforme sublinha o PGEU, a melhor evidência atualmente disponível aponta para o papel importante da intervenção farmacêutica no momento da dispensa da primeira prescrição. Daí o surgimento exponencial de serviços de aconselhamento

farmacêutico específico sobre novos medicamentos e seguimento do doente, a nível europeu (PGEU, 2013).

A intervenção farmacêutica poderá ir além da sua intervenção na adesão à terapêutica e correta utilização dos medicamentos. O peso crescente das doenças crónicas, e de outros problemas de saúde relacionados com estilos de vida, são áreas onde as farmácias podem desempenhar um papel, em complementaridade aos serviços de saúde existentes no SNS, com ações que poderão passar pela identificação precoce da doença e educação e promoção de hábitos de vida saudável. (Castel-Branco M.M. ; Caramona, 2011)

Alguns medicamentos tendem a provocar reações adversas, sendo estas frequentes e intensas nas pessoas idosas, considerando que podem estar a utilizar vários destes fármacos, simultaneamente. Verifica-se igualmente que muitas vezes estão a efetuar terapêuticas prescritas por vários médicos diferentes e podem estar ainda a tomar um MNSRM.

As farmácias podem representar um papel fundamental, ao implementarem programas de revisão e acompanhamento da terapêutica e prestarem aconselhamentos necessários à correta utilização dos medicamentos.

1.6. Responsabilidade social e a farmácia

Os farmacêuticos marcaram presença desde a primeira metade do século XIV. Entre as suas atribuições estariam já a venda e composição dos medicamentos e a seleção, colheita, aquisição e conservação de matérias-primas. São no entanto, mal conhecidos o enquadramento sociojurídico destes boticários e, os limites da jurisdição profissional e as circunstâncias que proporcionaram a sua diferenciação e utilização de determinadas técnicas(Duarte, 2005).

Em 1835 é fundada em Lisboa a Sociedade Farmacêutica Lusitana, associação que pretendeu valorizar a ciência e as atividades farmacêuticas, e enquadrava as farmácias no âmbito da saúde pública (Pita, 1996).

As farmácias desempenham um papel de enorme importância na prestação de cuidados de saúde à população. A prestação destes serviços existe desde os

primórdios da profissão tendo numa fase inicial, preparado os medicamentos, na sua modesta oficina dos boticários, resistindo heroicamente a injustiças e incompreensões, servindo o interesse público (Correia da Silva, 1968).

Em 1975, quando se aprova a Constituição Portuguesa, o modelo de estado social era inexistente. A nossa constituição considera os direitos, liberdades e garantias pessoais e a dignidade da pessoa humana fundamentais e manifestam-se no poder da autodeterminação – autonomia, participação e escolha. Os direitos da pessoa idosa ganham destaque e resultam do desenvolvimento das sociedades (Carvalho, 2013). O conceito de autonomia refere-se à perspetiva que cada ser humano deve ser verdadeiramente livre. E a autonomia pode não se limitar ao doente, mas estender-se a outros elementos da família, a chamada autonomia familiar (Nunes, R. ; Melo, 2011).

Firth citada por Sousa (2011), refere que a implementação bem-sucedida das políticas de cuidados só acontecerá quando se alcança uma situação de estreita articulação entre a área social e área de saúde.

Estas políticas nunca foram alcançadas em Portugal e a profunda crise que vivemos atualmente tenderá a agravar ainda mais as desigualdades e os níveis de bem-estar da generalidade das pessoas, mas especialmente as mais velhas, afetando-os de modo profundo e devastador na medida em que são mais vulneráveis, tornando dificilmente sustentável um modelo de desenvolvimento que assenta em desigualdades sociais e acentua a fragmentação social.

Num estudo efetuado pelo GEST-IN/ISCTE (Duarte, Alzira ; et al, 2001), onde se pretendia caracterizar e dimensionar a responsabilidade social das farmácias concluiu-se que os farmacêuticos portugueses incorporaram no seu negócio fatores relacionados com o aperfeiçoamento das farmácias, enquanto espaços para o exercício da sua profissão, ao mesmo tempo que as orientam no sentido de contribuir para a promoção da saúde pública, para a resolução de problemas sociais existentes na comunidade e não tanto para a mera dispensa de medicamentos Os modelos de negócio em uso pelos farmacêuticos indicam, uma orientação da actividade como espaço profissional e de serviço à comunidade.

A responsabilidade social do farmacêutico foi alterada com o desenvolvimento de cuidados farmacêuticos, ao participarem na terapêutica dos doentes (Klein-Schwartz, 2002).

Efetivamente, os cuidados farmacêuticos correspondem a uma atuação assistencial centrada no doente em que o farmacêutico, integrado na equipa de saúde, assume responsabilidades perante a medicação e assegura que o doente controla e previne a sua doença. (Castel-Branco M.M. ; Caramona, 2011).

A farmácia portuguesa é um repositório de exemplos de solidariedade, desde a sua função como prestador de cuidados de saúde, à tradicional aproximação às pessoas através do sentido social das tertúlias. O seu profundo conhecimento das situações de carência foi-lhes dando lugar de primazia nas intervenções solidárias, aliadas à personalidade e forma de intervenção de cada farmacêutico na sua própria botica (Falcão, 2005).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004) alerta para a necessidade do modelo atual de prestação de cuidados de saúde estar mais organizado para responder aos episódios agudos de doença, tornando-se desadequado, para responder às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento e para a necessidade de orientar os prestadores de cuidados para novas competências que recorrem a abordagens multidisciplinares e intersectoriais.

Nos tempos que correm é fundamental que a família farmacêutica cultive, mais do que nunca, os princípios de solidariedade e entreajuda, identifique objetivos comuns, encontre soluções mais adequadas que sirvam a todos e a cada um através de uma participação individual e coletiva na farmácia (Silveira, 2005).

Todos os parceiros envolvidos no circuito do medicamento (farmácias, distribuidores por grosso e indústria farmacêutica) têm responsabilidades na garantia do acesso generalizado dos utentes ao medicamento.

Em Portugal, há um conjunto de tendências demográficas, epidemiológicas e sociais com previsível impacto nas necessidades concretas de cuidados de saúde das populações, que interessa ter em consideração. O envelhecimento da população e a elevada prevalência de doenças crónicas e de multipatologias, a queda de índices de fertilidade e os crescentes índices de instrução das populações, possivelmente acompanhadas com aumento da literacia em saúde (ERS, 2011) originam uma maior afluência aos cuidados de saúde. Salienta-se que o acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde é prejudicado pela deficiente oferta de cuidados paliativos.

De notar que um dos elos de ligação para um envelhecimento ativo são as farmácias. Para bem ou para mal, é a doença que une as pessoas idosas ao mundo real, muitas

vezes é a ida à farmácia que faz as pessoas idosas saírem de casa, que os faz partilharem os problemas que os ocupam. A farmácia não é só um local sem relação onde há uma troca de dinheiro e de medicamentos; é um local relacional, é um local que permite avaliar verdadeiramente o estado das pessoas e da pessoa idosa, a farmácia é um verdadeiro ponto de encontro.

O aumento da longevidade, mesmo com um recuo da morbilidade e incapacidade, vem potenciar a possibilidade de deterioração do estado de saúde com dificuldades acrescidas. O desafio do envelhecimento demográfico passa pela criação de padrões de proteção social, com distintos direitos de cidadania. A sobrevivência das pessoas alonga o tempo de vida e altera a morfologia social. A experiência e a permeabilidade ao outro serão as diretrizes para a riqueza do envelhecimento ativo (A. A. Fernandes, 2008).

Torna-se por isso necessário criar uma dinâmica de atuação na prevenção, na gestão de cuidados e na responsabilização do cidadão.

1.7. Como ser culturalmente competente em população envelhecida.

O envelhecimento foi motivo de reflexão dos homens, na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte, mas o conceito tem vindo a mudar quer a nível de conhecimento sobre a fisiologia e anatomia humanas quer nas relações sociais das várias épocas (Paúl, 2005).

Envelhecer inclui pessoas idosas bem-sucedidas e ativas, mas também pessoas idosas incapazes, cuja autonomia é limitada onde concorrem aspetos recorrentes transversais como o sentimento de solidão (Paúl, et al., 2005).

O envelhecimento proporciona muitas vezes que as pessoas se libertem das rotinas e obrigações do trabalho. Pode, no entanto, acarretar problemas sociais e económicos, dado ser muitas vezes associada à perda de estatutos, desorientação e mesmo solidão. As pessoas idosas constituindo uma grande parte da população, tenderão a exercer cada vez mais pressão política e social para que as suas necessidades de bem-estar sejam reconhecidas.

A preocupação com a saúde das pessoas idosas é fundamental para potenciar um envelhecimento ótimo, conceptualizado, em termos de baixa probabilidade de doença e de incapacidade de funcionamento cognitivo, um dos seus aspetos chaves para o seu bem-estar geral. Nesse contexto, existem medidas de cariz sociopolíticas preventivas que contribuem para reduzir o impacto negativo de perdas (Fonseca, 2004).

A avaliação sistemática da funcionalidade num contexto médico-social permite detetar perturbações incipientes, evidenciar diferentes estados funcionais e diferentes estados de saúde mentais e sociais, caracterizar perfis de envelhecimento, fundamentar intervenções preventivas e de recuperação e assim contribuir para o aumento da vida ativa e de um envelhecimento bem-sucedido (Botelho, 2005).

Num relatório sobre a parceria europeia de inovação para um envelhecimento ativo e saudável, publicado pelo Parlamento Europeu em 2013 é objetivo do projeto piloto que se aumente em dois anos o tempo médio de vida saudável dos cidadãos europeus, melhorando a saúde e qualidade de vida, garantindo a eficácia a longo prazo dos sistemas de saúde e de proteção social, realçando a participação na vida em igualdade de condições (CE, 2013).

O objetivo é caminhar para uma sociedade não mais envelhecida, mas mais competente e exigente relativamente ao envelhecimento. Tem que haver o espaço para se contar com o outro, e um espaço de independência ou bem-estar na solidão.

A saúde é a grande conquista da humanidade mas a qualidade de vida e bem-estar passou a ser a prioridade da sociedade, que contudo, depende dos recursos económicos existentes. Por um lado, tentam-se racionalizar os custos com os medicamentos, por outro queremos agilizar o processo de acesso a novos medicamentos. Os medicamentos que apresentam resultados a curto prazo são olhados como mais favoráveis. Os medicamentos que têm resultados a médio longo prazo, têm uma avaliação menos favorável em conceito de crise e de contenção de despesas.

A investigação clínica e a inovação farmacêutica são as grandes responsáveis pelo aumento da longevidade e qualidade de vida. A investigação em torno do medicamento torna-se assim crucial para o avanço dos tratamentos de certas patologias, como o cancro e doenças degenerativas. As alterações sociais e tecnológicas exigem modelos de I&D em áreas críticas de doença que sejam eficientes e sustentáveis, traduzindo-se numa efetiva mais-valia para os doentes.

De salientar que nem toda a inovação contribui da mesma forma para a incrementação de ganhos em saúde e o seu financiamento requer a aplicação de recursos que são finitos (Infarmed, 2013a).

As pessoas idosas integram o grupo etário que toma mais medicamentos, dado ser o grupo que tem maior número de patologias associadas. As respostas à terapêutica farmacológica são heterogêneas e por vezes imprevisíveis porque podem estar associadas à não adesão da terapêutica e às próprias características fisiológicas do envelhecimento, que envolvem alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas e predispõem a pessoa idosa ao aparecimento de problemas adicionais, que podem dificultar a intervenção.

A senescência torna as pessoas mais vulneráveis ao efeito de fármacos, pelas alterações fisiológicas o que pode conduzir a eventuais efeitos adversos que reduzem a qualidade de vida dos doentes.

O uso simultâneo, e de forma crónica (consumo durante períodos de tempo superiores a 3 meses), de vários medicamentos pelo mesmo indivíduo têm maior incidência na pessoa idosa, que sofre frequentemente de várias patologias. Segundo um estudo elaborado pelo Ministério do Emprego e da Solidariedade Social Francês (2001), conduzido com uma amostra de 3777 indivíduos não institucionalizados, com idade igual ou superior a 65 anos, 50% dos indivíduos tomavam 1 a 4 comprimidos por dia, 38% tomavam 5 a 10 comprimidos e 1% mais de 10 comprimidos. Desta forma, é crucial o papel do farmacêutico junto das populações idosas, que requerem cuidados especiais.

Capítulo II

2.1. Análise prévia sobre a evolução do consumo de alguns grupos farmacoterapêuticos selecionados, em Portugal

Contribuir para o conhecimento dos consumos das terapêuticas associadas à população idosa com patologias crónicas, constitui o objetivo principal deste estudo prévio. Através do estudo do perfil de prescrição nesta faixa etária, foi possível identificar alguns grupos de fármacos relacionados com as doenças prevalentes entre a população idosa e envolvidos preferencialmente, na prevenção de doenças cardiovasculares.

A capacidade funcional da maioria dos órgãos e sistemas reduz-se heterogénea e progressivamente com a idade. Salieta-se que as campanhas de prevenção das doenças cardiovasculares, principal causa de morte em Portugal e na maioria dos países ocidentais, associadas a um melhor esclarecimento da evolução da doença têm, sem dúvida, contribuído para uma maior longevidade.

As doenças cérebro vasculares, à semelhança das doenças isquémicas, pneumonia, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos estão particularmente associadas ao envelhecimento (Carrilho, 2013).

A correção da hipertensão arterial, o uso de estatinas, as campanhas antitabágicas, a prescrição de antiagregantes plaquetários associado a medidas de intervenção agudas (vias verdes do enfarte de miocárdio e do AVC) associado a uma intervenção cardíaca e cerebral mais rápida e eficaz têm forçosamente de ser levadas em conta. Com o envelhecimento da população, maior incidência de doenças crónicas, verifica-se um maior número de doentes polimedicados, o que origina problemas relacionados com a má utilização dos medicamentos e, consequentemente o aumento dos custos associados. O peso crescente das doenças crónicas, e de outros problemas de saúde relacionados com os estilos de vida, são áreas onde as farmácias podem desempenhar um papel em parceria com outros serviços de saúde existentes no SNS e outros subsistemas de saúde, com ações a nível da gestão da doença, identificação

precoce da mesma, através de rastreios, educação e promoção de hábitos de vida saudável.

Face à temática em estudo foi nosso objetivo obter dados significativos e que dessem resposta à nossa questão de investigação. Como tal, foi do nosso interesse ter acesso às bases de dados existentes na Associação Nacional das Farmácias, relativamente ao consumo de grupos farmacológicos de medicamentos associados a patologias tratadas no âmbito ambulatorio.

Para efeitos do estudo foi solicitada autorização à Associação Nacional das Farmácias, para ter acesso às suas bases de consumos de medicamentos, por forma a analisar as dispensas de alguns grupos terapêuticos nas farmácias, entre os anos de 2009 e 2013 no que diz respeito a antidiabéticos orais (ADO); fármacos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas; antilipídicos, anti hipertensores, antiparkinsonianos, medicamentos utilizados na disfunção erétil e na incontinência urinária.

2.1.1. Evolução do consumo dos medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas

Segundo dados epidemiológicos, estima-se que cerca de 5% dos indivíduos com mais de 65 anos sofrem de demência, sendo uma das situações patológicas mais frequentes na população geriátrica e é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade da pessoa idosa (Santana, 2005). Os sintomas cognitivos, particularmente a perturbação dos processos amnésicos, são o núcleo da síndrome demencial. A doença de Alzheimer, responsável por mais de 50% de casos de demência, determina uma síndrome constituída por sintomas e sinais que abrangem a totalidade das funções nervosas superiores e também muitas das restantes funções nervosas. Os inibidores das colinesterases (donepezilo; rivastigmina e galantamina) atuam no núcleo dos sintomas cognitivos. A rivastigmina provou ser também eficaz na demência por corpos de Lewy e na Doença de Parkinson.

Evolução do consumo de medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas, por DCI em milhões de DDD.

O consumo total em DDD (Defined Daily Dose) aumentou de 28.15 milhões em 2008 para 44.65 milhões em 2013, representado um crescimento total de 58,62%, em 6 anos. Os medicamentos que contribuíram para esse crescimento foram donepezilo e memantina nos dois últimos anos do estudo.

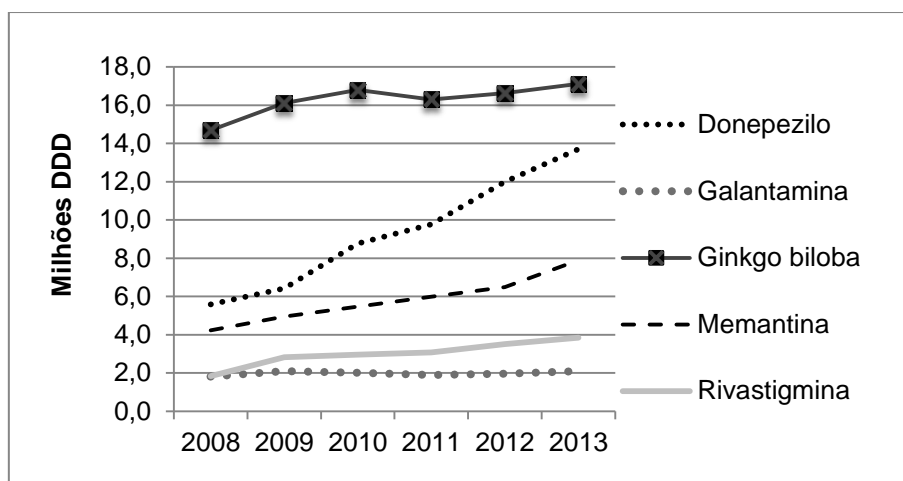


Figura 5 - Evolução do consumo de fármacos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas, por milhões de DDD.

Fonte: Sistema de Informação hmR/Análise CEFAR

Evolução do consumo de fármacos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas, por milhões de euros.

A despesa a preço de venda ao público (PVP) com medicamentos para o tratamento sintomático das alterações cognitivas, visíveis na figura 6, apresentou uma tendência de aumento até 2010, mas desde essa altura tem vindo a diminuir.

A análise de mercado indica que o consumo de fármacos para o tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas, em valor, diminuiu de cerca de 53.64 milhões de euros em 2008 para 42.78 milhões de euros em 2013 (-20,25%).

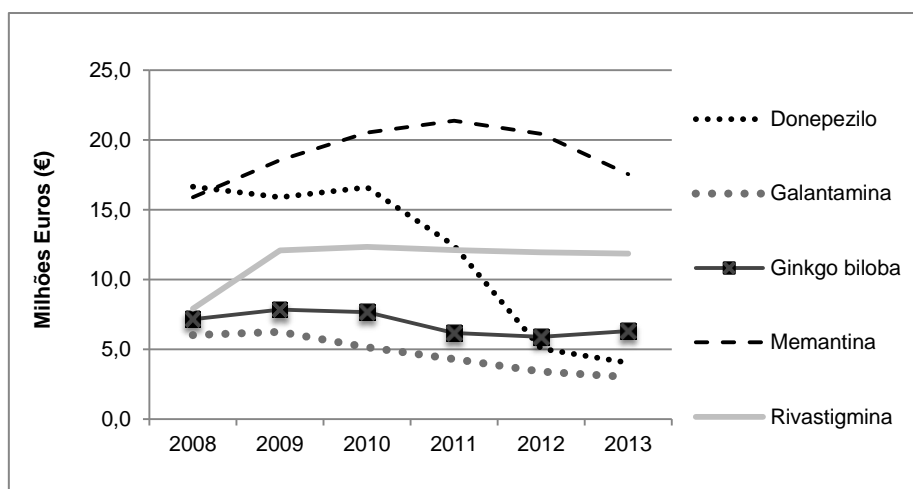


Figura 6 - Evolução do consumo de fármacos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas, por milhões de euros (€)

Fonte: Sistema de Informação hmR/Análise CEFAR

Apesar do significativo aumento do consumo dos medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas (58,62%), observou-se uma diminuição de custos de 20,25%. O custo por DDD do donepezilo baixou durante o período de análise de 2,98€/DDD para 0,30€/DDD (-90,1%). A redução no custo/DDD resultou da entrada no mercado de medicamentos genéricos, bem como de sucessivas baixas de preços e redução de margens da distribuição.

O consumo de fármacos para o tratamento sintomático das alterações de funções cognitivas, em DHD (DDD/1000 habitantes/dia) passou de 7,28 para 11,73.

2.1.2. Evolução do consumo de medicamentos antiparkinsónicos

O tratamento da doença de Parkinson é sintomático e os objetivos do tratamento são o controlo dos sintomas característicos da síndrome parkinsónica (tremor, rigidez e bradicinesia) e prevenção/retardamento do aparecimento das complicações que surgem em contexto de tratamentos com levodopa. Os fármacos dividem-se em anticolinérgicos (biperideno e tri-hexifenidilo) e dopaminomiméticos (amantadina; levodopa, selegilina, rasagilina, entapacona) (Infarmed, 2013b).

A prevalência da doença de Parkinson, aumenta de 0,6% aos 65 anos, para 3,5% aos 85 e mais anos, sendo uma das doenças crónicas neuro degenerativas mais comuns na população idosa (DGS, 2004).

Evolução do consumo de antiparkinsonícos por milhões de DDD

O consumo de antiparkinsonícos, aumentou durante o período de 2008 e 2013, representando um crescimento total de 11,6%. O consumo aumentou de 21.45 milhões de DDD para 25.06 milhões de DDD, respetivamente.

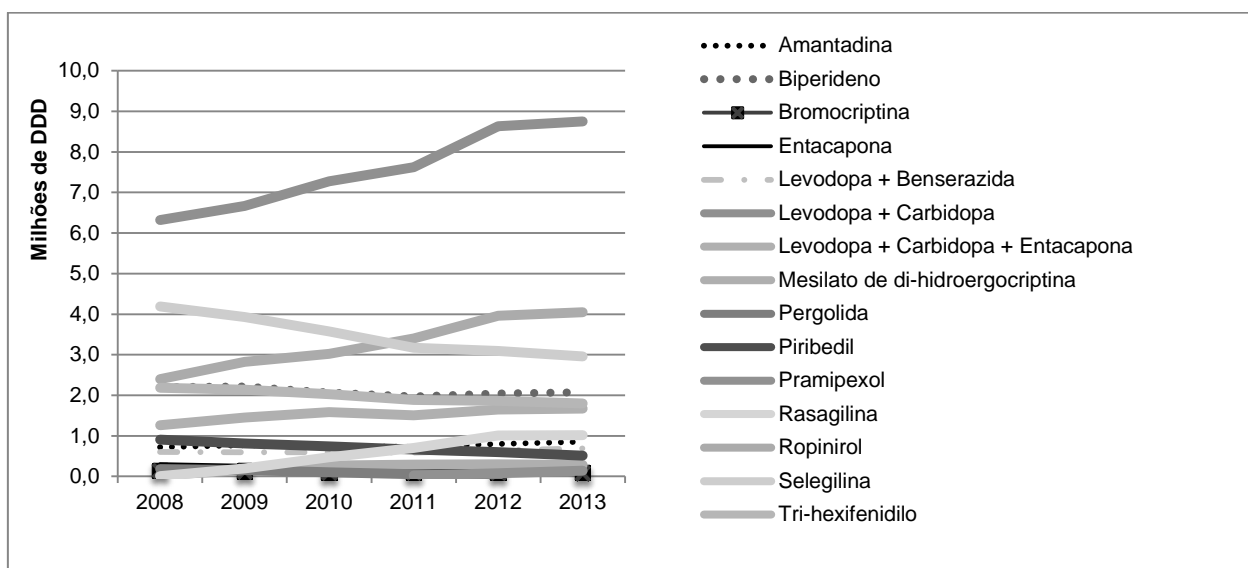


Figura 7 - Evolução do consumo de antiparkinsonícos por milhões de DDD

Fonte: Sistema de Informação hmR/Análise CEFAR

Evolução do consumo de antiparkinsonícos por milhões de euros (€)

A análise do mercado indica que o consumo de antiparkinsonícos, em valor, aumentou de 21.81 milhões de euros em 2008 para 22.78 milhões de euros em 2013 (+4,43%).

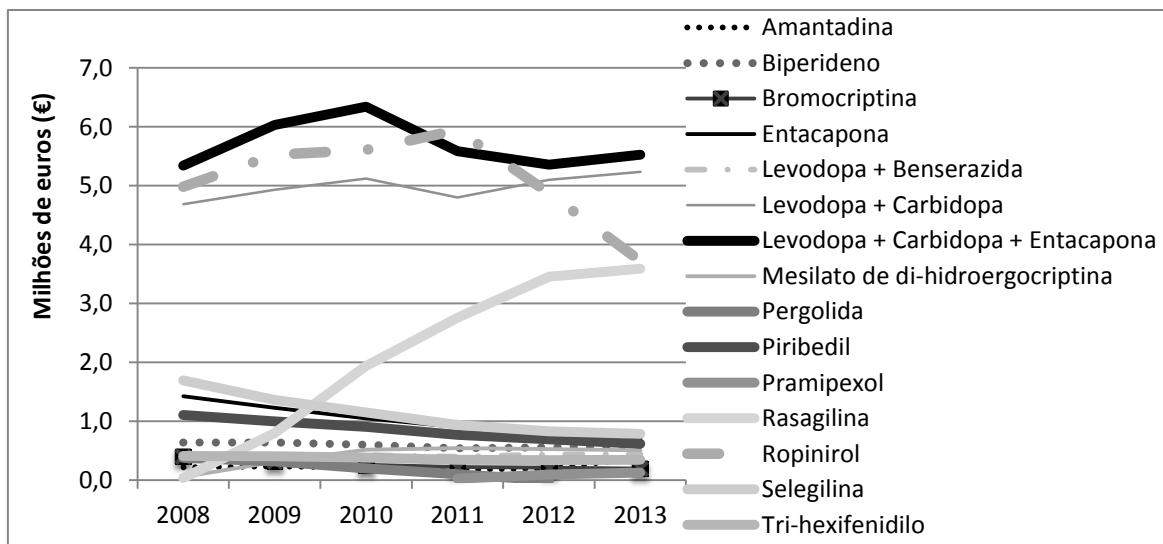


Figura 8 - Evolução do consumo de antiparkinsonicos por milhões de euros (€)

Fonte: Sistema de Informação hmR/Análise CEFAR

2.1.3. Evolução do consumo de antidiabéticos orais (ADO)

Os antidiabéticos orais estão reservados para o tratamento da Diabetes tipo 2 do adulto, sem complicações pela cetoacidose.

A prevalência da Diabetes em 2012 foi de 12,9% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos), a que corresponde um valor estimado de 1 milhão de indivíduos. O impacto do envelhecimento na estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2012. O aumento da prevalência da Diabetes tipo 2 está associado às rápidas mudanças culturais e sociais, ao envelhecimento da população (SPD, 2013).

Salienta-se que o controlo metabólico e um cuidado clínico reforçado, contribuíram para um melhor prognóstico e qualidade de vida dos pacientes diabéticos idosos.

Evolução do consumo de ADO em valor, por DDD

O consumo de ADO aumentou durante o período de 2008 e 2013, representando um crescimento total de 11,1%. O consumo aumentou de 239.82 milhões de DDDs para 268.03 milhões de DDDs.

A combinação de fármacos que baixam o nível de glucose no sangue é a principal responsável por este aumento.

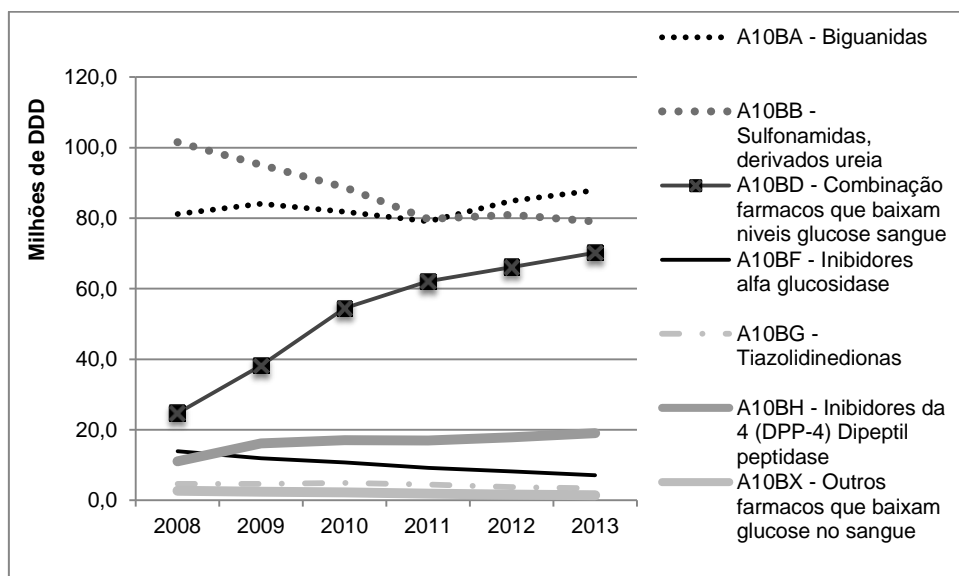


Figura 9 - Evolução do consumo de antidiabéticos orais (ADO) por milhões de DDD

Fonte: Sistema de Informação hmR/Análise CEFAR

Evolução do consumo de ADO em valor, por milhões de euros (€)

A análise do mercado indica que o consumo de ADO, em valor, aumentou de 98.01 milhões de euros em 2008 para 185.95 milhões em 2013 (+89,73%).

O aumento do consumo de associações de fármacos que baixam o nível de glucose no sangue, associado ao elevado custo por DDD, demonstram o reduzido impacto das políticas de saúde nesta área.

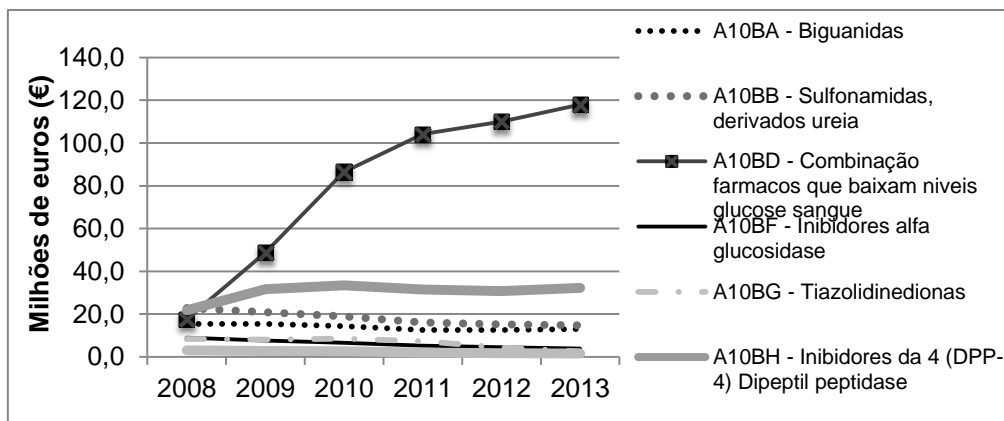


Figura 10 - Evolução do consumo de antidiabéticos orais (ADO) por milhões de euros (€)

Fonte: Sistema de Informação hmR/Análise CEFAR

2.1.4. Evolução do consumo de medicamentos antidislipidémicos

O tratamento das dislipidémias e em particular da hipercolesterolemia, assumiu importância clínica com a introdução das estatinas.

A hipercolesterolemia é um fator de risco na patogénese das doenças cardiovasculares de natureza aterosclerótica. O recurso a estes fármacos é recomendável quando os níveis de colesterol são elevados, essencialmente para grupos de risco (colesterol total > 175 mg/dl)

Evolução do consumo de antidislipidémicos em valor, por milhões de DDD

O consumo de antidislipidémicos aumentou durante o período de 2008 e 2013, representando um crescimento total de 49,4%. O consumo aumentou de 263.91 milhões de DDD para 394.39 milhões de DDD. A sinvastatina e a atorvastatina são as principais responsáveis por este aumento.

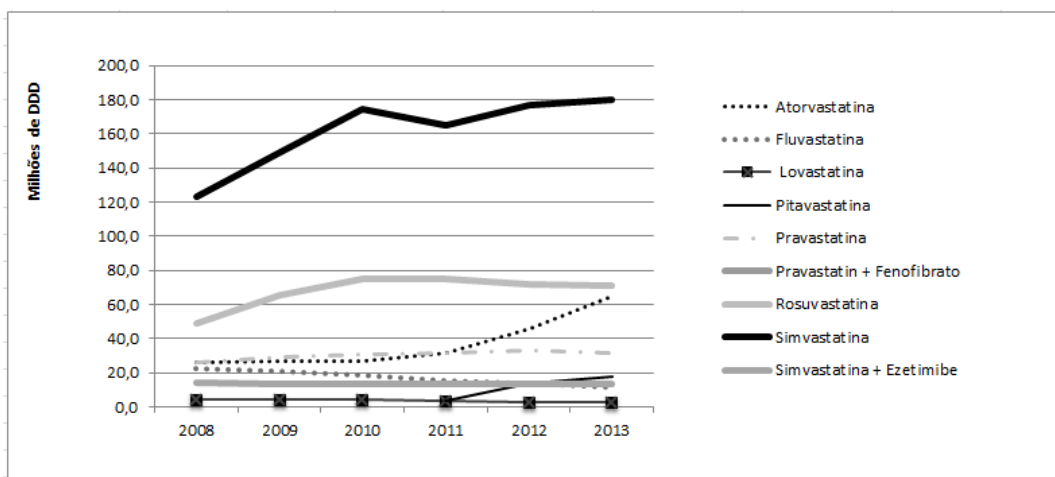


Figura 11 - Evolução do consumo de antidiispidémicos em valor, por milhões de DDD

Fonte: Sistema de Informação hmR/Análise CEFAR

Evolução do consumo de antidiispidémicos por milhões de euros (€)

A análise do mercado indica que o consumo antidiispidémicos, em valor, diminuiu de 275.33 milhões de euros (€) em 2008 para 149.84 milhões de euros (€) em 2013 (-45,56%).

O consumo dos antidiispidémicos aumentou mas foi acompanhado por uma diminuição significativa do custo/DDD, que se deveu ao aumento da utilização de medicamento genéricos, bem com às sucessivas descidas de preços dos medicamentos.

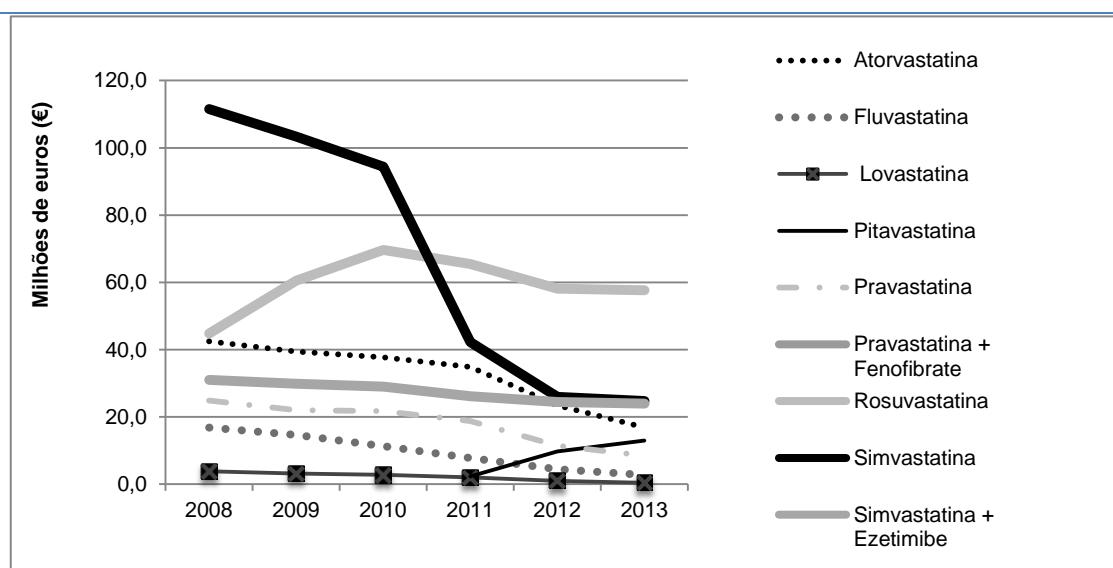


Figura 12 - Evolução do consumo de antidiispidémicos por milhões de euros (€)

Fonte: Sistema de Informação hmR/Análise CEFAR

2.1.5. Evolução do consumo de medicamentos anti-hipertensores

A HTA constitui um dos principais fatores de risco da doença coronária, de IC, de AVCs e da nefroangioesclerose. De acordo com as definições da OMS e da Sociedade Internacional da Hipertensão considera-se haver HTA quando os valores da pressão são superiores a 140 e/ou 90 mmHg, respetivamente para a pressão sistólica e diastólica.

Evolução do consumo de anti hipertensores, por milhões de DDD

O consumo de fármacos anti-hipertensores aumentou durante o período de 2008 e 2013, representando um crescimento total de 12,6 %. O consumo aumentou de 1.242 milhões de DDD para 1.401 milhões DDD. Os bloqueadores beta e os antagonistas dos recetores da angiotensina são os principais responsáveis por esse aumento, como poderá ser visto através da figura 12.

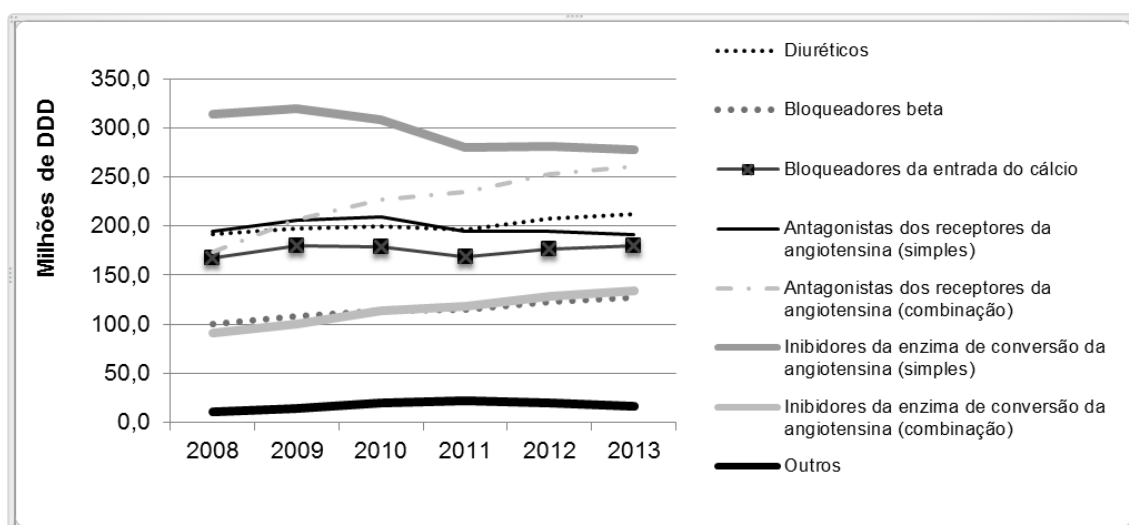


Figura 13 - Evolução do consumo de anti hipertensores, por milhões de DDD

Fonte: Sistema de Informação hmR/Análise CEFAR

Evolução do consumo de antihipertensores, por milhões de euros

A análise do mercado indica que o consumo de antihipertensores, em valor, diminuiu de 534,9 milhões em 2008 para 372,8 milhões de euros em 2013 (-30,32%).

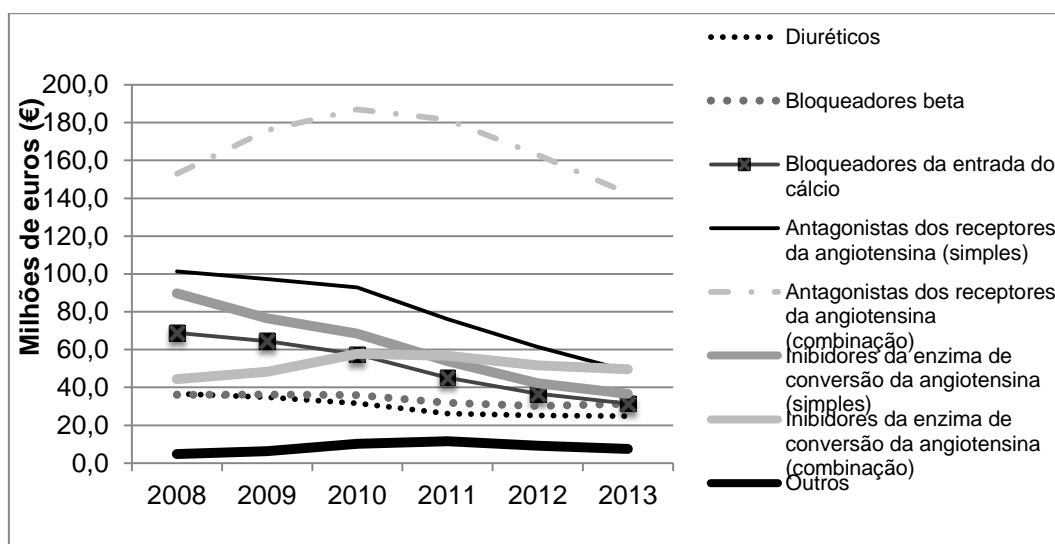


Figura 14 - Evolução do consumo de antihipertensores, por milhões de euros (€)

Fonte: Sistema de Informação hmR/Análise CEFAR

2.1.6. Evolução do consumo medicamentos utilizados na incontinência urinária

A incontinência urinária é definida como uma perda involuntária de urina e a abordagem farmacológica têm um sucesso limitado. A incontinência é devida a uma deficiência do esfíncter e é dificilmente tratada com fármacos.

O consumo de fármacos utilizados para a incontinência urinária aumentou durante o período de 2008 e 2013. O consumo aumentou de 10,55 milhões de DDD para 12,60 milhões de DDD (19,4%). Tendo sido a oxibutina e o cloreto de tróspium os principais responsáveis por esse aumento, como poderá ser visto através da figura 17.

Evolução do consumo de medicamentos na incontinência urinária por milhões de DDD

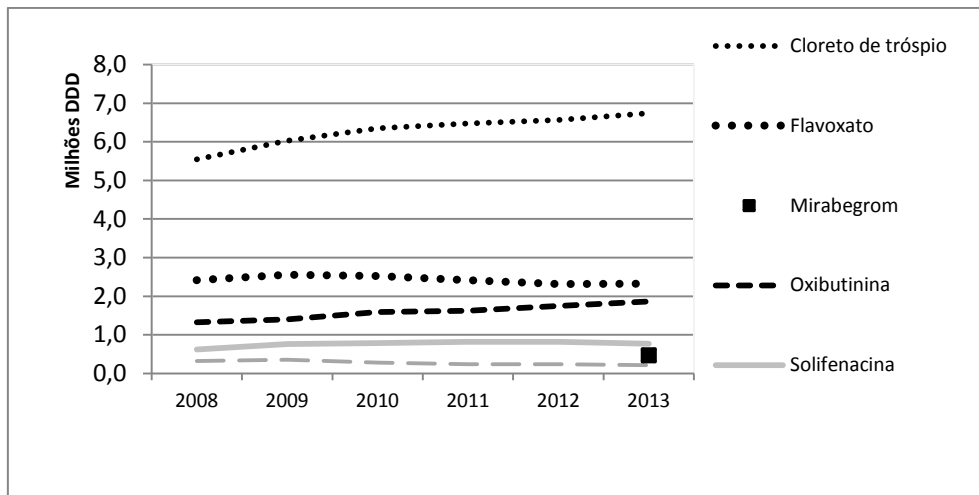


Figura 15- Evolução do consumo de fármacos utilizados na incontinência urinária, por milhões de DDD

Fonte: Sistema de Informação hmR/Análise CEFAR

Evolução do consumo fármacos utilizados na incontinência urinária por milhões de euros

A análise do mercado indica que o consumo de fármacos para a incontinência urinária, em valor, aumentou de 5.8 milhões de euros em 2008 para 6.3 milhões de euros em 2013 (+7,42%).

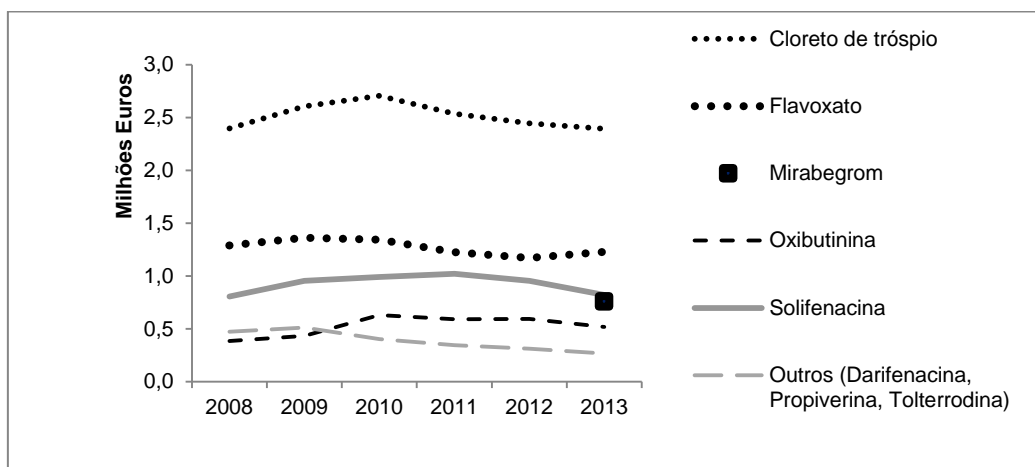


Figura 16 - Evolução do consumo de fármacos utilizados na incontinência urinária por milhões de euros (€)

Fonte: Sistema de Informação hmR/Análise CEFAR

Análise conclusiva

No relatório de Primavera de 2013, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2013) publicou os dados de um questionário, abrangendo uma amostra de pessoas idosas (+ 65 anos) da área metropolitana de Lisboa, sob toma continuada de pelo menos um medicamento para doença crónica pré-identificada. Cerca de 30% respondeu já tinha deixado de utilizar alguns recursos de saúde por não poder comportar os custos.

Relativamente à evolução do consumo de medicamentos seleccionados no nosso estudo e, apesar de todas as dificuldades económicas e sociais que a população portuguesa tem sofrido, verificou-se que os medicamentos essenciais para prevenção e tratamento das patologias seleccionadas, foram adquiridos praticamente da mesma forma que anteriormente.

Os encargos com os utentes diminuíram na maior parte dos grupos, ao longo do período em que o estudo foi realizado, o que está provavelmente relacionado com a política do medicamento que foi adotada, originando, contudo, uma redução muito substancial nos proveitos das farmácias.

Capítulo III

3.1. Material e Métodos

Este trabalho de investigação pretende contribuir para uma melhor caracterização das necessidades da população idosa e em particular sobre os benefícios que podem ser percecionados no sector das farmácias em Portugal. Pretende-se assim contribuir com uma plataforma de suporte à população 65+, melhorando as condições de vida das pessoas idosas, através da promoção de um envelhecimento ativo, e capacitando os cidadãos para gerir melhor a sua condição de saúde.

Consideramos que este trabalho de investigação reveste-se de particular importância porque pretende contribuir para a reflexão do papel da farmácia perante o novo paradigma de envelhecimento.

Pretendemos compreender o papel das farmácias e dos farmacêuticos no quadro geral de envelhecimento demográfico tendo em conta as necessidades crescentes da população idosa, a promoção de um envelhecimento ativo e de uma maior capacitação da sua condição de saúde.

Neste percurso iremos:

- Descrever um processo estruturado sobre a realidade do envelhecimento, potenciando a qualidade de serviços e aspetos de socialização prestados nas farmácias;
- Relacionar os cuidados de saúde a nível terapêutico e o papel da farmácia na continuidade dos tratamentos, para a manutenção e melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.
- Caracterizar quais os perfis de necessidade de intervenção nas farmácias que são identificados e valorizados pelos farmacêuticos, identificando os potenciais contributos, papel social e de proximidade das farmácias junto das populações 65+;
- Caracterizar a perceção dos cidadãos em relação aos processos de intervenção da farmácia no âmbito do envelhecimento ativo;
- Confrontar as necessidades identificadas pelos profissionais de farmácia com as perceções identificadas por cidadãos das farmácias;

- Identificar novas necessidades de intervenção de cuidados de saúde na população idosa;
- Refletir sobre a operacionalidade do estudo no âmbito das farmácias em Portugal.

De forma a alcançarmos os objetivos delineou-se um estudo de tipo descritivo, transversal, exploratório, sem intervenção de carácter qualitativo e quantitativo que compara diferentes grupos etários e que consta de um inquérito feito aos profissionais das farmácias e um inquérito direccionado a utentes, realizado entre Setembro 2013 e Fevereiro de 2014.

Recolha de informação

Para o efeito procedeu-se a análise documental, recolha de informação económica e financeira junto de entidades competentes, recolha de informação regulamentar e legal, assim como a realização de um inquérito para identificação das intervenções efetuadas pelas farmácias.

Foi igualmente do nosso interesse analisar as bases de dados existentes (B-ON, Science-Direct) para comparação com os trabalhos existentes nesta matéria em Portugal e noutros países.

Para além disso recolheu-se informação através de inquérito dirigido aos profissionais de farmácia e cidadãos.

3.1.1. Inquéritos aos profissionais de farmácia

Em relação ao inquérito aos profissionais das farmácias pode considerar-se as seguintes características:

Tipo de estudo: Quantitativo. Estudo descritivo transversal

Local: Farmácias associadas da Associação Nacional das Farmácias.

Amostra / população: A população alvo deste estudo foram os farmacêuticos e/ou outros profissionais que exerciam funções nas farmácias comunitárias, associados da Associação Nacional das Farmácias, num universo de 2766 farmácias.

No sentido de obter a perceção dos profissionais da Farmácia relativamente às necessidades sentidas pela população idosa foi efetuado um inquérito que permitisse à investigadora ter respostas às questões formuladas, mas também ter informação relativamente aos serviços farmacêuticos necessários, para uma melhor intervenção no âmbito do envelhecimento.

3.1.2. Inquéritos aos utentes

Em relação ao inquérito dos utentes das farmácias podem considerar-se as seguintes características:

Tipo de estudo: Quantitativo. Transversal. Sem intervenção.

Local: Endereços de correio electrónico de utentes com ligação à investigadora e endereços de correio electrónicos de instituições que constam na base de dados da rede de serviços e equipamentos da Carta Social.

Amostra / população: A população alvo deste estudo englobou indivíduos de ambos os sexos, com diferentes idades, residentes em Portugal a quem foi enviado o inquérito disponibilizado através da web. A população foi essencialmente urbana, como será descrita posteriormente.

No sentido de obter a perceção dos profissionais da farmácia relativamente às necessidades da população idosa foi efetuado um inquérito que permitisse à investigadora ter respostas às questões formuladas, mas também ter informação relativamente aos serviços farmacêuticos que os utentes percecionam como importantes, para uma melhor intervenção no âmbito do envelhecimento.

Na construção dos inquéritos a investigação fez-se de “baixo para cima”, começando por conhecer o terreno e posteriormente, e num processo evolutivo, pesquisar as interações de quadros de referência conceptuais existentes. O inquérito foi construído numa espécie de guião onde as questões foram efetuadas em função de objetivos que decorreram da problematização da investigação.

Na elaboração do inquérito foram conduzidas entrevistas exploratórias com dois médicos e quatro farmacêuticos. Foram igualmente visitadas algumas farmácias para melhor percecionar a conceção do espaço existente e forma como estas farmácias se

organizavam para efetuar os serviços. A visita às farmácias teve também como finalidade adequar o questionário à realidade da farmácia e identificar eventuais áreas para criação de novos projetos de intervenção.

Na construção do inquérito as perguntas foram agrupadas por diferentes temas por forma a mais facilmente caracterizar a amostra e discutir os resultados de acordo com o tipo de intervenção. Os diferentes grupos de questões e a sua contabilização de acordo com a população encontram-se descritos na tabela 3.

Tabela 3 - Tipificação das questões e sua contabilização temática

Grupo	Tipificação	Farmácias	Utentes
1	Caracterização do inquirido	4	7
2	Caracterização da Farmácia	8	
3	Serviços realizados	28	12
4	Satisfação		3
5	Organização do espaço	5	
6	Deteção de sintomas	12	12
7	Uso correto do medicamento	3	3
8	Intervenção pluridisciplinar	8	
9	Intervenção IPSS	6	3
10	Apoio ao domicílio	14	5
11	Competências	5	
12	Produtos de saúde	14	
13	Projetos de intervenção	11	
14	Questões abertas	4	5
15	Comentários e sugestões	1	1

Observa-se que para os dois inquéritos foram realizadas diferentes questões e para além disso, em diferente número devido às suas diferentes competências.

3.2. Ensaio à metodologia proposta

Para a recolha de dados, efectuou-se um inquérito às farmácias (em anexo à dissertação), que seguiu o modelo de questionário utilizado num estudo no âmbito “*Office of Fair Trading*” (Frontier economics, 2002), adaptado à realidade portuguesa e o modelo de inquérito utilizado numa investigação sobre os aspectos económicos do setor das farmácias (Queirós, 2012).

Para testar os métodos e materiais propostos, foi aplicado o pré-teste para permitir corrigir eventuais falhas. Foram integradas alterações nas perguntas e formato dos próprios instrumentos de recolha de informação.

Para o efeito aplicaram-se dois instrumentos de notação construídos especificamente para esta investigação, utilizados em duas populações distintas (farmacêuticos e utentes). As respostas obtidas originaram duas amostras independentes.

Numa fase inicial foi feito um inquérito preliminar com vista a analisar a adequação das questões aos grupos inquiridos. Nesse sentido, foi feito um ensaio piloto em duas farmácias (inquérito às farmácias) e a um grupo de 4 utentes (inquérito aos utentes).

No pré-teste inicial às duas farmácias contactadas pela investigadora, de acordo com critérios de conveniência, os dois farmacêuticos colaboram em diferentes projetos e costumam estar disponíveis para colaborar na implementação de novas práticas. O contato foi efetuado de forma personalizada e explicitando o objetivo do ensaio nomeadamente testando a compreensão e adequabilidade do inquérito. As alterações decorrentes deste ensaio traduziram-se na exclusão das questões sobre os dados de faturação das farmácias e ajustes relacionados com a caracterização dos cuidados de saúde. Optou-se ainda por separar a resposta sim, em “*sim muito oportuno*” e “sim a considerar”, isto porque permitiria perceber melhor os serviços já efetuados pelas farmácias e se estariam na disposição de vir a efetuar serviços mais diferenciados.

No pré-teste dos utentes, foram contactados três utentes, também com critérios de conveniência, atividade profissional e área de competências diferentes. Alteram-se perguntas relativamente à caracterização de cuidados de saúde e duas das questões de resposta única, passaram a poder ter respostas múltiplas.

Depois do pré-teste, os dois inquéritos ficaram prontos a serem divulgados (em anexo à dissertação).

O inquérito final foi enviado para 2766 farmácias filiadas na Associação Nacional das Farmácias, que foram convidadas a participar através de correio eletrónico da investigadora, enviado para a base de dados dessa associação. Passados 15 dias do envio do primeiro convite, foi incluído, na *newsletter* da Associação emitida para as farmácias, um novo convite para participação no estudo.

O estudo, tanto para as farmácias como para os utentes decorreu entre Setembro de 2013 e Fevereiro de 2014.

3.3. Análise estatística

Toda a informação colhida foi proveniente dos dois inquéritos, as respostas ao inquérito dos utentes e a resposta aos inquéritos das farmácias.

A informação recolhida através dos dois questionários aplicados a farmacêuticos e a utentes da farmácia foi analisada estatisticamente, tendo sido construída uma base de

dados relacional em Excel, tendo por base as variáveis em estudo e onde se procurou agrupar a informação proveniente dos dois inquéritos. De salientar que para cada variável a informação pode ser proveniente do inquérito dos profissionais de farmácia, do inquérito dos utentes, ou de ambos. De destacar que se teve de verificar a conformidade em termos de informação proveniente de cada uma das fontes. Posteriormente e após validação da informação introduzida, foi convertida para o software IBM® SPSS® Statistics version 2.1.

Os tratamentos estatísticos dos dados foram submetidos a uma análise simples e descritiva de cada questão em particular de modo a permitir efetuar a caracterização sociodemográfica da amostra bem como a perceção das necessidades de intervenção junto das pessoas idosas.

Foi efectuada uma análise exploratória de dados através de uma análise exhaustiva das variáveis de estudo, utilizando médias e medianas para as variáveis continuas. Para descrever as variáveis categóricas utilizaram-se medidas de frequência absoluta e relativas.

Os testes de hipóteses realizados foram: o qui-quadrado para testar a homogeneidade entre as duas amostras em estudo, a um nível de significância de 5%.

Capítulo IV

4.1. Apresentação e discussão dos resultados do inquérito às farmácias e aos utentes

4.1.1. Participação das farmácias e dos farmacêuticos

Caracterização sociodemográfica da amostra global das farmácias

Distribuição por idade

Responderam ao inquérito 168 profissionais das farmácias. Este número corresponde a uma participação de 8% das farmácias portuguesas.

Na distribuição das pessoas inquiridas, verifica-se um ligeiro predomínio de respostas do género feminino em relação ao masculino, 105 (62,5%) dos inquéritos são do género feminino e 63 (37,5%) do sexo masculino., sendo a razão de 0,6 homem/mulher. Quanto à distribuição por idade, constata-se que a amostra foi essencialmente composta pelo grupo etário dos 25 aos 44 anos, com 100 (59,5%) respostas e por participantes entre os 45 e 65 anos, correspondendo a 62 (36,9%) inquéritos, como se pode verificar pela distribuição através da tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição por idade dos participantes nos inquéritos das farmácias

Idade	(n)	%
<25 Anos	4	2,4
Entre 25 e 44 anos	100	59,5
Entre 45 e 65 anos	62	36,9
> 65 Anos	2	1,2
Total	168	100,0

Distribuição da amostra, por região (NUTS II)

Como se pode observar pelos resultados da tabela 5, quanto à distribuição da amostra por NUTS II, participaram 54 farmácias (32,1%) da região centro, 52 (31%) de Lisboa,

38 (23%) farmácias da região norte, 18 (11%) do Alentejo, 4 (2%) do Algarve e 2 (1%) da Região Autónoma da Madeira. Se se avaliar a participação de cada um dos distritos, pelo número de inquéritos respondidos.

Tabela 5 - Distribuição da participação das farmácias, segundo as regiões (NUTS II)

Nuts 2	n	%
Centro	54	32,1
Lisboa	52	31,0
Norte	38	22,6
Alentejo	18	10,7
Algarve	4	2,4
Região Autónoma da Madeira	2	1,2
Total	168	100,0

Distância entre farmácias

A instalação de farmácias resulta de critérios da acessibilidade ao medicamento pelas populações. Como se pode observar pelos resultados da tabela 6, 44,6% das farmácias inquiridas, têm uma farmácia a menos de 500 metros de distância.

Tabela 6 - Distancia à farmácia mais próxima

Distância	n	%
2 km a 5 km	15	8,9
5 km a 10 km	13	7,7
500 m a 2 Km	58	34,5
Mais de 10 km	7	4,2
Menos de 500 m	75	44,6
Total	168	100,0

Área da Farmácia

Na resposta à pergunta sobre a área da farmácia, os resultados indicam que 58,8% têm instalações médias e que 11,9% têm instalações pequenas.

De referir que a legislação atual define áreas mínimas da farmácia e de cada uma divisão obrigatórias por forma a garantir a segurança, conservação e preparação de medicamentos. A existência de instalações de pequenas dimensões limita muitas vezes que a farmácia possa personalizar o atendimento ao doente através de uma área privada.

Tabela 7 - Área da farmácia

Área da Farmácia	n	%
Grande ($\geq 150\text{m}^2$)	49	29,2
Média (85-150m ²)	99	58,8
Pequena (< 85m ²)	20	11,9
Total	168	100

Horas de abertura semanal

Foi solicitado às farmácias que referissem o número total de horas de abertura, durante uma semana, sem que fosse referido o período de serviço noturno.

Considerando as respostas obtidas, verificou-se que o número médio de abertura da farmácia são 60,4 horas, sendo um mínimo de 40 horas e o máximo de 112 de horas de abertura semanal (tabela nº8). De referir que o horário mínimo de abertura semanal é de 44 horas e que a maioria abre por um período superior ao estabelecido por lei. Na sequência de um inquérito feito às farmácias em (Queirós, 2012) encontrou-se um valor médio de abertura de 62,67 horas semanais.

No Reino Unido, cerca de 55% das Farmácias abre 8 a 9 horas por dia, o que se situa entre 53 e 63 horas semanais (Frontier economics, 2002).

Tabela 8 - Horas de abertura semanal

	Horas semanais
Mínimo	40
Máximo	112
Média	60,4
Mediana	59
1º Quartil	54
3º Quartil	65

Recursos humanos

Os recursos humanos da farmácia constituem o ponto de contacto entre o cidadão e os utentes, desempenhando um papel essencial na promoção da saúde da população. Uma definição clara de recursos humanos na farmácia torna-se essencial para assegurar a qualidade da intervenção.

Em relação ao número de colaboradores e de acordo com os resultados, a média nacional de colaboradores por farmácia é 6,3, dos quais 2,9 são farmacêuticos (tabela nº 9).

Tabela 9 - Recursos humanos na farmácia

	Colaboradores	Farmacêuticos
Mínimo	2,0	1
Máximo	25	14
Média	6,3	2,9
Mediana	6	3
1º Quartil	4	2
3º Quartil	7	3

Serviços efetuados na farmácia

Os farmacêuticos atuam como sinalizadores de ameaças para a saúde pública. O seu contacto direto com a comunidade dá-lhes uma posição privilegiada para detetar problemas ainda numa fase emergente. A rede de farmácias é utilizada como ponto de informação à população e pode rapidamente adaptar-se para prestar os necessários serviços farmacêuticos (PGEU, 2012)

Os cuidados de saúde primários são reconhecidos como sendo o pilar de um sistema de saúde e assumem um papel importante na prevenção da doença e na promoção da saúde, pelo que se deve conseguir ter ligações entre serviços, níveis de cuidado, por forma a viabilizar a continuidade de cuidados de forma sustentável e com um bom nível de cuidados à população (Deloitte, 2011).

Pelas respostas dadas verifica-se que os serviços considerados essenciais estão implementados nas farmácias inquiridas. Dentro dos serviços diferenciados, a administração de vacinas não incluídas no plano nacional de vacinação é o serviço diferenciado com maior frequência relativa (79,8%). A gestão da terapêutica apresentou um valor relativo de 54,8% e a administração de medicamentos 44,6%.

A análise da tabela 10 permite indicar que a diferenciação das farmácias pode ser analisada à luz dos serviços de promoção de saúde e prevenção da doença que realizam.

Tabela 10 - Serviços feitos na farmácia

12. Serviços feitos atualmente na farmácia	Sim, muito oportuno	Sim, a considerar	Não
12.1. Informação sobre saúde (exemplo: i-Saúde)	88,7% (n=149)	5,3% (n=9)	6% (n=10)
12.2. Medição do colesterol	98,2% (n=165)	1,8% (n=3)	---
12.3. Medição da pressão arterial	100% (n=168)	--	--
12.4. Medição da glicemia	99,4% (n=167)	0,6% (n=1)	--
12.5. Cálculo do índice de massa corporal	91,1% (n=153)	8,3% (n=14)	0,6% (n=1)
12.6. Campanhas de promoção da saúde	82,1% (n=138)	14,3% (n=24)	3,6% (n=6)
12.7. Campanhas de prevenção da doença	81% (n=136)	15,5% (n=26)	3,5% (n=6)
12.8. Entrega de medicamentos no domicílio	47% (n=79)	51,2% (n=86)	1,8% (n=3)
12.9. Apoio domiciliário	17,9% (n=30)	77,4% (n=130)	4,7% (n=8)
12.10. Preparação individualizada da terapêutica	31,5% (n=53)	65,5% (n=110)	3% (n=5)
12.11. Administração de vacinas não incluídas no plano nacional de vacinação	79,8% (n=134)	18,5% (n=31)	1,7% (n=3)
12.12. Administração de medicamentos	44,6% (n=75)	51,2% (n=86)	4,2% (n=7)
12.13. Gestão da terapêutica	54,8% (n=92)	40,5% (n=68)	4,7% (n=8)
12.14. Acompanhamento farmacêutico (via sistema informático)	0,6% (n=1)	96,4% (n=162)	3% (n=5)
12.15. Consultas e exames de audiologia	49,4% (n=83)	49,4% (n=83)	1,2% (n=2)
12.16. Consultas de cessação tabágica	17,3% (n=29)	81% (n=136)	1,7% (n=3)

Cont.

12. Serviços feitos atualmente na farmácia	Sim, muito oportuno	Sim, a considerar	Não
12.17. Consultas de cardiopneumologia	0,6% (n=1)	96,4% (n=162)	3% (n=5)
12.18. Consultas de nutrição e dietética	64,9% (n=109)	35,1% (n=59)	
12.19. Consultas de higiene oral	2,4% (n=4)	95,2% (n=160)	2,4% (n=4)
12.20. Consultas de optometria	7,1% (n=12)	89,9% (n=151)	3% (n=5)
12.21. Consultas de podologia	41,7% (n=70)	56,5% (n=95)	1,8% (n=3)
12.22. Consulta de pé diabético	23,8% (n=40)	74,4% (n=125)	1,8% (n=3)
12.23. Consultas de fisioterapia	8,3% (n=14)	89,9% (n=151)	1,8% (n=3)
12.24. Consultas de terapia da fala	5,4% (n=9)	92,8% (n=156)	1,8% (n=3)
12.25. Tratamento de feridas	31% (n=52)	66% (n=111)	3% (n=5)
12.26. Programa de cuidados farmacêuticos - Asma / Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)	14,3% (n=24)	83,3% (n=140)	2,4% (n=4)
12.27. Programa de cuidados farmacêuticos – Diabetes	28% (n=47)	67,8% (n=114)	4,2% (n=7)
12.28. Programa de cuidados farmacêuticos - Hipertensão Arterial / Dislipidemia	76,8% (n=129)	19% (n=32)	4,2% (n=7)

As farmácias prestam um serviço de qualidade mas encontram-se diferenças na importância dada pelos farmacêuticos relativamente à remuneração. O sistema de remuneração está normalmente associado ao número de utentes sob a responsabilidade de um farmacêutico. Os incentivos financeiros que têm sido utilizados em Portugal para a hipertensão e diabetes deveriam ser utilizados em outros serviços mais diferenciados, orientados para o doente, que contribuam para maior qualidade e segurança na utilização dos medicamentos e mais adequados às necessidades das populações abrangidas (Guerreiro ; Martins & ; Cantrill, 2012).

Organização do espaço da farmácia

As farmácias são um espaço de saúde no qual são dispensados ao público medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), medicamentos não sujeitos a receita

médica (MNSRM), produtos farmacêuticos e serviços farmacêuticos de promoção de saúde e de bem-estar dos doentes. As farmácias encontram-se instaladas ao nível da rua, por onde se faz o acesso do doente, devendo para isso evitar a existência de obstáculos.

Relativamente à organização do espaço das farmácias, a maior parte dos inquiridos considerou de grande importância a acessibilidade da sua farmácia às pessoas com necessidades especiais, bem como a existência de cadeiras e bancos no espaço de atendimento.

A leitura dos dados permite-nos concluir que a maior parte dos inquiridos valorizam a organização do espaço da farmácia. 98,8 % dos inquiridos valorizam a importância das farmácia terem infraestruturas adequadas à população com necessidades especiais e 98,9% reconhecem a necessidade de existência de um gabinete de atendimento por forma a garantir a privacidade e o atendimento personalizado. Verificou-se que 11 farmácias (6,5%) não valorizam a existências de áreas de ajudas técnicas e 9 farmácias (5,4%) não valorizam áreas destacadas de produtos de saúde.

Tabela 11 - Organização do espaço da farmácia

13. Intervenção no âmbito da organização do espaço farmácia	Sim, muito oportuno	Sim, a considerar	Não	NS/NR
13.1. Farmácia acessível e com infraestruturas adequadas à população com necessidades especiais: rampas de acesso, corrimão	88,7% (n=149)	10,1% (n=17)	1,2% (n=2)	-
13.2. Existência de gabinete de atendimento	92,9% (n=156)	6% (n=10)	0,6% (n=1)	0,6% (n=1)
13.5. Existências de cadeiras ou bancos no espaço de atendimento	91,7% (n=154)	7,1% (n=12)	1,2% (n=2)	-
13.4. Área para determinação de diferentes parâmetros biológicos	91,1% (n=153)	6% (n=10)	1,2% (n=2)	1,8% (n=3)
13.6. Área destacada com produtos de saúde para utentes com necessidades especiais: produtos de cosmética e higiene, ostomia	54,8% (n=92)	38,1% (n=64)	5,4% (n=9)	1,8% (n=3)
13.7. Área de ajudas técnicas (ortopedia, ajudas de mobilidade)	51,2% (n=86)	41,1% (n=69)	6,5% (n=11)	1,2% (n=2)

Farmácias como local de saúde para utentes que requerem cuidados especiais

A leitura dos dados permite-nos concluir que a maior parte dos inquiridos valorizam o espaço da farmácia com local de saúde para utentes com necessidade especiais. 88,7% dos inquiridos valorizaram o encaminhamento para o médico e/ou centro de saúde e a sua intervenção na deteção precoce de suspeitas de doenças crónicas (77,4%).

Tabela 12 - Farmácias como local de saúde para utentes que requerem cuidados especiais

14. Farmácia como local de saúde para utentes que requerem cuidados especiais	Sim, muito oportuno	Sim, a considerar	Não	NS/NR
14.1. Deteção precoce de suspeita de doença crónica	77,4% (n=130)	20,2% (n=34)	1,2% (n=2)	1,2% (n=2)
14.2. Perceção da autossuficiência (défice de autonomia) dos idosos	64,9% (n=109)	31% (n=52)	2,4% (n=4)	1,8% (n=3)
14.3. Deteção de problemas de mobilidade (instabilidade postural e quedas)	66,1% (n=111)	29,8% (n=50)	3% (n=5)	1,2% (n=2)
14.4. Deteção precoce de perturbações cognitivas	60,7% (n=102)	33,2% (n=56)	4,2% (n=7)	1,8% (n=3)
14.5. Deteção de situações depressivas	66,1% (n=111)	29,8% (n=50)	3% (n=5)	1,2% (n=2)
14.6. Encaminhamento para médico e/ou centro de saúde	88,7% (n=149)	10,7% (n=18)	0,6% (n=1)	-

Farmácia como local de intervenção farmacêutica

A adesão da terapêutica na população idosa requer programas educacionais e de consulta com o farmacêutico quer após a alta hospitalar quer em visitas de acompanhamento. O farmacêutico deve avaliar e acompanhar a adesão à terapêutica, utilizando ferramentas adaptadas para o reconhecimento de discrepâncias da medicação e a monitorização do tratamento (Banning, 2009).

Haynes refere a necessidade de doentes com 75 ou mais anos e/ou utentes que tomem mais de 4 medicamentos recebam visitas no domicílio de um farmacêutico, que deverá ter intervenções sempre que for necessário e apropriado (Haynes, et al., 2008).

Tabela 13 - Farmácia como local de intervenção farmacêutica.

15. Farmácia como local de intervenção farmacêutica.	Sim, muito oportuno	Sim, a considerar	Não	NS/NR
15.1. Monitorização de doentes polimedicados	89,9% (n=151)	9,5% (n=16)	0,6% (n=1)	-
15.2. Promoção de uso correto, efetivo e seguro dos medicamentos	96,4% (n=162)	3,6% (n=6)	-	-
15.3. Identificação de fármacos que não devem ser utilizados em utentes idosos com patologias específicas	85,7% (n=144)	14,3% (n=24)	-	-
15.4. Identificar medicamentos que o utente idoso toma, e que possam estar na origem de reações adversas e de alterações metabólicas e digestivas	87,5% (n=147)	12,5% (n=21)	-	-
15.5. Avaliação se doente consegue aderir às instruções de uso dos medicamentos e de aderir às posologias	92,9% (n=156)	7,1% (n=12)	-	-

Farmácias como local de intervenção pluridisciplinar de profissionais com diferentes competências nas áreas de saúde

A organização e a prestação de serviços farmacêuticos podem variar dependendo de cada país ou região, dos sistemas de saúde locais, da formação clínica do farmacêutico e da regulamentação do exercício profissional. O desenvolvimento de novas abordagens e desenhos em termos de serviços farmacêuticos faz parte da evolução da prática farmacêutica clínica. A adoção destes deve ser seguida, preferencialmente, de evidências sólidas que sustentem o seu impacto sobre a saúde dos doentes (Correr C.J. ; et al., 2011).

Neste grupo de questões procuramos questionar as farmácias relativamente à prestação de serviços clínicos, onde os farmacêuticos utilizariam o seu conhecimento para melhorar a farmacoterapia e a gestão da patologia, mediamente a interacção com o doente, com outro profissional de saúde ou eventual encaminhamento.

Verificamos que as farmácias estão disponíveis para novas abordagens de serviços, no entanto, existe uma percentagem bastante elevada de serviços cuja opção foi de *a considerar*, o que nos leva a concluir que as farmácias estarão disponíveis para a intervenção clínica e rastreio de doenças.

Tabela 14 - Farmácias como local de local de intervenção pluridisciplinar de profissionais com diferentes competências nas áreas de saúde

16. Farmácia como local de intervenção pluridisciplinar de profissionais com diferentes competências na área da saúde.	Sim, muito oportuno	Sim, a considerar	Não	NS/NR
16.1. Analisar os hábitos alimentares dos idosos	53% (n=89)	45,20% (n=76)	1,80% (n=3)	-
16.2. Detecção da necessidade em suplementos nutricionais orais	62,50% (n=105)	36,30% (n=61)	1,20% (n=2)	-
16.3. Avaliação da vitalidade cabelos, unhas e pele	46,40% (n=78)	49,40% (n=83)	2,40% (n=4)	1,80% (n=3)
16.4. Detecção de problemas de visão	45,20% (n=76)	46,40% (n=78)	7,70% (n=13)	0,60% (n=1)
16.5. Detecção de problemas de audição	53% (n=89)	43,50% (n=73)	3% (n=5)	0,60% (n=1)
16.6. Higiene do sono	41,70% (n=70)	53,60% (n=90)	2,40% (n=4)	2,40% (n=4)
16.7. Sexualidade do idoso	45,20% (n=76)	46,40% (n=78)	6,50% (n=11)	1% (n=1)
16.8. Saúde oral do idoso	46,40% (n=78)	50% (n=84)	2,40% (n=4)	1,20% (n=2)

Farmácia como local de intervenção em instituições (lares de pessoas idosas)

As últimas etapas da vida das pessoas estão marcadas por perdas, sendo de assinalar a perda das redes sociais das pessoas. A solidariedade da comunidade local poderá ter um papel importante na oferta e enquadramento de locais de trabalho, na convivalidade entre diversas gerações e menos circunscritas apenas a pessoas idosas. A solução que preconiza a realização de lares para idosos e de formas de ocupação de tempo, tais como centros de dia, passeios e colónias para idosos tendem a agravar a ghetização, ao desintegrá-los do resto da sociedade (Costa, 2009).

A intervenção das farmácias ao nível dos lares é efetuada essencialmente através da entrega de medicamentos, outros serviços são normalmente pontuais e/ou mesmo inexistentes. A escolha da opção “sim muito oportuno” ou “sim a considerar” foi

efetuada tendo em consideração que a realização desse serviço não é uma prática comum nas farmácias.

No processo de análise emergiram como intervenções oportunas a organização do armário dos medicamentos, a preparação individualizada da terapêutica e a gestão da terapêutica em instituições.

A administração de medicamentos foi considerada oportuna por 41,1% e a considerar por 37,5%. A administração de vacinas e injetáveis foi vista como muito oportuno por 46,6% dos inquiridos e a considerar por 27,4%. E por fim, a administração de oxigénio apenas foi considerada muito oportuna por 14,3%, como poderá ser verificado pela tabela 15.

Tabela 15 - Farmácia como local de intervenção em instituições (lares de idosos)

17. Farmácia como local de intervenção em instituições (lares de idosos) - serviços a disponibilizar	Sim, muito oportuno	Sim, a considerar	Não	NS/NR
17.1. Organização do armário dos medicamentos	67,9% (n=114)	25% (n=42)	6,5% (n=11)	0,6% (n=1)
17.2. Preparação individualizada de terapêutica	70,2% (n=118)	23,2% (n=39)	3% (n=5)	3,6% (n=6)
17.3. Gestão da terapêutica	69% (n=116)	27,2% (n=46)	2,4% (n=4)	1,2% (n=2)
17.4. Administração de medicamentos	41,1% (n=69)	37,5% (n=63)	20,2% (n=34)	1,2% (n=2)
17.5. Administração de vacinas e injetáveis	46,4% (n=78)	27,4% (n=46)	25% (n=42)	1,2% (n=2)
17.6. Administração de oxigénio	14,3% (n=24)	43,5% (n=73)	39,3% (n=66)	3% (n=5)

Farmácia como local de intervenção ativa no apoio ao domicílio

O Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde é um parceiro da OMS que apoia e promove políticas, através de uma análise abrangente dos sistemas de saúde na Europa. Segundo esta instituição, o apoio ao domicílio é uma necessidade não só entre os cidadãos na Europa (que preferem ficar independentes o maior tempo

possível), mas também entre decisores políticos, que sabem que é uma alternativa mais barata à hospitalização. Verifica-se que vários países europeus ainda não cumprem os requisitos de cuidados formais ao domicílio. Segundo este observatório estão a ser revistas regulamentações ao nível europeu (WHO, 2012).

Os modelos de prestação de cuidados a pessoas idosas estão a mudar e verifica-se uma procura crescente de cuidados ao domicílio, ou seja, cuidados individuais e personalizados (seja prestado por serviços públicos, privados lucrativos ou não) que é um desafio ao modelo convencional de lares institucionais (CEPCEP, 2012).

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 2014) considerou, no seu parecer sobre a vulnerabilidade das pessoas idosas, que se verifica a redução de cuidadores disponíveis para as pessoas serem cuidadas em suas casas ou, em casa dos filhos. Neste sentido, refere a importância de que cada comunidade consiga cuidar das pessoas idosas, sendo necessário reforçar as respostas de proximidade e manutenção de laços familiares, por forma a evitar riscos de isolamento.

Pela legislação atual, os utentes podem ter acesso aos medicamentos ao domicílio. As farmácias podem fazer entregas, dentro do município onde se encontram instaladas (*Portaria nº 1427, 2007*).

Pela análise dos valores apresentados, conclui-se que as farmácias consideram oportuno intervir mais no apoio ao domicílio.

Pela tabela 16 podemos verificar, no entanto, que poucas farmácias acham oportuno ter intervenção em áreas mais diferenciadas de cuidados, nomeadamente entubação nasogástrica ou ajudas em doentes ostomizados.

Estes resultados permitem-nos concluir que as farmácias precisam de ser intervencionadas ao nível das competências de cuidados e/ou por não terem experiência em áreas mais específicas de intervenção, são mais reservadas na menção ao que consideram oportuno.

Tabela 16 - Farmácia como local de intervenção ativa no apoio ao domicílio

18. Farmácia como local de intervenção ativa no apoio ao domicílio	Sim, muito oportuno	Sim, a considerar	Não	NS/NR
18.1. Organização do armário dos medicamentos	58,9% (n=99)	33,9% (n=57)	3,6% (n=6)	3,6% (n=6)
18.2. Preparação individualizada de terapêutica	67,9% (n=114)	26,2% (n=44)	6,2% (n=10)	-
18.3. Administração de medicamentos	51,8% (n=87)	33,9% (n=57)	10,1% (n=17)	4,2% (n=7)
18.4. Administração de vacinas e injetáveis	54,2% (n=91)	26,8% (n=45)	14,9% (n=25)	4,2% (n=7)
18.5. Instruir competências aos cuidadores formais (técnicos auxiliares) e informais (familiares)	57,7% (n=97)	32,1% (n=54)	6,5% (n=11)	3,6% (n=6)
18.6. Formação e manutenção de utilização de ajudas técnicas	42,3% (n=71)	44,6% (n=75)	8,9% (n=15)	4,2% (n=7)
18.7. Entubação nasogástrica	2,4% (n=4)	20,8% (n=35)	67,9% (n=114)	8,9% (n=15)
18.8. Aspiração de secreções	2,4% (n=4)	23,8% (n=40)	64,9% (n=109)	8,9% (n=15)
18.9. Cuidados de feridas: úlceras de pressão	11,3% (n=19)	43,5% (n=73)	37,5% (n=63)	7,7% (n=13)
18.10. Ajudas em doentes ostomizados	10,1% (n=17)	42,9% (n=72)	40,5% (n=68)	6,5% (n=11)
18.11. Ajudas em doentes algaliados	5,4% (n=9)	33,9% (n=57)	52,4% (n=88)	8,3% (n=14)
18.12. Medição de parâmetros biológicos	66,7% (n=112)	22,6% (n=38)	7,1% (n=12)	3,6% (n=6)
18.13. Entrega de medicamentos ao domicílio	70,8% (n=119)	24,4% (n=41)	1,8% (n=3)	3% (n=5)
18.14. Ajudas de transferência (elevador, cadeiras, etc)	10,1% (n=17)	42,9% (n=72)	40,5% (n=68)	6,5% (n=11)

Formação contínua de quadros da farmácia em competências geriátricas

Pela tabela 17 podemos verificar, que a farmácia reconhece a necessidade de ter formação específica em competências geriátricas.

A formação diferenciada em competências geriátricas foi considerada muito oportuna por 75% e a considerar por 22,5%. A formação presencial foi preterida em relação à formação de e.learnig, 61,3% considerou muito oportuno a formação presencial e 60,1% valorizaram a formação em e-learnig.

Estes resultados permitem-nos concluir que as farmácias têm pouca formação em áreas específicas de geriatria, mas que pretendem adquirir formação e querem desenvolver uma rede de competências da farmácia ao nível do envelhecimento.

Tabela 17 - Necessidades de formação contínua de quadros da farmácia em competências geriátricas

19. Necessidades de formação contínua de quadros da farmácia em competências geriátricas	Sim, muito oportuno	Sim, a considerar	Não	NS/NR
19.1. Há necessidade de formação diferenciada para melhor intervir na população 65+, com necessidades especiais	75% (n=126)	22% (n=37)	2,4% (n=4)	0,6% (n=1)
19.2. Tem formação específica em questões geriátricas e/ou saúde e envelhecimento	29,2% (n=49)	29,2% (n=49)	41,1% (n=69)	0,6% (n=1)
19.3. Existem elementos da equipa da farmácia com competências específicas em áreas da geriatria / gerontologia	20,8% (n=35)	25,6% (n=43)	49,4% (n=83)	4,2% (n=7)
19.4. Considera útil formação em e-learning aos quadros da sua farmácia	60,1% (n=101)	36,3% (n=61)	1,8% (n=3)	1,8% (n=3)
19.5. Considera útil a formação presencial aos quadros da sua farmácia.	61,3% (n=103)	33,3% (n=56)	4,2% (n=7)	1,2% (n=2)

Produtos de saúde e ajudas técnicas

Os produtos de saúde vendidos nas farmácias à população 65+, estão contemplados nas seguintes áreas: suplementos alimentares 50+, dermocosmética para peles maduras e anti-rugas, higiene oral da pessoa idosa, produtos para incontinência, anti escaras e outras ajudas técnicas de mobilidade.

Estas categorias representam cerca de 10% em volume (cerca de 230 mil embalagens por ano) e 18% em valor (cerca de 2,5 milhões de euros), do total de dispensas de produtos de saúde nas farmácias.

Analisando a amostra por grupo de produtos de saúde (tabela 18) verifica-se que os produtos de saúde mais privilegiados para existirem nas farmácias são os suplementos alimentares (87,5%), os dispensadores de medicamentos (88,7) e os produtos de higiene oral (83,9%).

Verificou-se que apenas 30,4% das farmácias privilegiaram a existência de produtos tecnológicos que utilizam sensores de monitorização, pelo que se poderá concluir que

os farmacêuticos não estão a explorar estas áreas ou, pode haver uma ausência de empresas que comercializam este tipo de produtos nas farmácias.

De referir que políticas e Tecnologias de Informação e das Comunicações (TIC), podem aumentar a eficiência e a qualidade de prestação de cuidados de saúde, contribuir para remover obstáculos e permitir um maior grau de independência e autonomia, reforçando a mobilidade e qualidade de vida (Wintlev-Jensen, 2009).

Tabela 18 - Ajudas técnicas que identifica como importantes para a intervenção da população que requer cuidados especiais:

20. Ajudas técnicas que identifica como importantes para a intervenção da população que requer cuidados especiais	Sim, muito oportuno	Sim, a considerar	Não	NS/NR
20.1. Produtos tecnológicos que utilizam sensores de monitorização: alarmes pessoais, telemóveis, pulseiras, etc	30,4% (n=51)	49,4% (n=83)	17,3% (n=29)	3% (n=5)
20.2. Produtos cosméticos e de higiene (mercado anti envelhecimento - cabelos, pele, unhas)	70,2% (n=118)	28% (n=47)	1,8% (n=3)	-
20.3. Produtos de higiene e cuidados orais: (próteses; escovas; colas, produtos para afeções bucais)	83,9% (n=141)	16,1% (n=27)	-	-
20.4. Ajudas otológicas (aparelhos auditivos, acessórios: pilhas)	56% (n=94)	32,1% (n=54)	11,9% (n=20)	-
20.5. Ajudas oftalmológicas (óculos, lupas)	37,5% (n=63)	48,2% (n=81)	12,5% (n=21)	1,8% (n=3)
20.6. Suplementos alimentares 50+	87,5% (n=147)	11,9% (n=20)	0,6% (n=1)	-
20.7. Ajudas para mobilidade pessoal e de reabilitação	59,5% (n=100)	36,3% (n=61)	3,6% (n=6)	0,6% (n=1)
20.8. Camaras expansoras	74,4% (n=125)	24,4% (n=41)	1,2% (n=2)	-
20.9. Produtos de ostomia (sacos)	78% (n=131)	19,6% (n=33)	2,4% (n=4)	-
20.10. Produtos para escaras	79,2% (n=133)	20,2% (n=34)	0,6% (n=1)	-
20.11. Ajudas de cama (almofadas, resguardos, etc..)	66,1% (n=111)	29,2% (n=49)	4,2% (n=7)	0,6% (n=1)
20.12. Ajudas de banho (suportes, banco de banho)	53,6% (n=90)	35,1% (n=59)	8,9% (n=15)	2,4% (n=4)
20.13. Produtos para incontinência (fraldas, pensos)	84,5% (n=142)	13,7% (n=23)	1,8% (n=3)	-
20.14. Ajudas para a toma de medicamentos (dispensadores)	88,7% (n=149)	9,5% (n=16)	1,8% (n=3)	-

Farmácia como local de intervenção em projetos de responsabilidade social

À medida que cada cidadão assimila melhor as suas funções, cumprindo os seus direitos e deveres, interioriza perante si mesmo e os outros a noção de responsabilidade.

Na avaliação do papel da farmácia como local de intervenção em projetos de responsabilidade social (tabela 19) verificamos que 96,4% dos inquiridos consideram que as farmácias têm um papel primordial para a educação e saúde da população com

65 ou mais anos em termos de autonomia e saúde. Em intervenções de cariz social, como o banco farmacêutico e o banco de medicamentos solidário apenas 72% e 73,2%, respetivamente, consideram importante a intervenção na farmácia.

Pela análise global dos dados verifica-se que as farmácias são um local por excelência para a intervenção de projetos de responsabilidade social, mas poderá haver oportunidade de intervir com diferentes projetos e/ou abordagens.

Tabela 19 - Papel da farmácia como local de intervenção em projetos de responsabilidade social.

21. Papel da farmácia como local de intervenção em projetos de responsabilidade social.	Sim	Não	NS/NR
21.1. Banco farmacêutico	72% (n=121)	12,5% (n=21)	15,5% (n=26)
21.2. Banco de medicamentos solidário (MSSS / Infarmed/ Apifarma)	73,2% (n=123)	15,5% (n=26)	11,3% (n=19)
21.3. Apoio domiciliário	86,9% (n=146)	8,3% (n=14)	4,8% (n=8)
21.4. Contribuir para melhor intervenção de voluntários no interior das IPSS	81% (n=136)	10,7% (n=18)	8,3% (n=14)
21.5. Contribuir para as parcerias com as Câmaras e/ou Juntas de freguesia	91,7% (n=154)	3% (n=5)	5,4% (n=9)
21.6. Parecerias com ONGs e IPSS	86,3% (n=145)	6% (n=10)	7,7% (n=13)
21.7. Integração de redes para a promoção de um Envelhecimento ativo	89,3% (n=150)	6% (n=10)	4,8% (n=8)
21.8. Operacionalizar redes de parceria de modo a explorar as economias de escala	73,2% (n=123)	11,9% (n=20)	14,9% (n=25)
21.9. Contribuir para a educação para a saúde para a população com 65+ anos (autonomia, saúde)	96,4% (n=162)	1,2% (n=2)	2,4% (n=4)
21.10. Contribuir para que a sociedade civil providencie apoio à população sénior	89,30% (n=150)	6% (n=10)	4,8% (n=8)
21.11. Recolha de medicamentos no domicílio fora do prazo de validade	73,8% (n=124)	18,5% (n=31)	7,7% (n=13)

4.1.2. Participação dos utentes

Caracterização sociodemográfica da amostra global de utentes

Distribuição por idade

Na totalidade colaboraram 372 utentes. Relativamente às características sociodemográficas das pessoas inquiridas 247 (66,4%) são do género feminino e 125 (33,6%) do sexo masculino. Relativamente à distribuição por idade, pode verificar-se que 48 têm menos de 25 anos (12,9%), entre 25 e 44 anos são 171 utentes (46%), entre 45 e 65 anos 140 (37,6) e > 65 anos são 13 (3,5%), de acordo com o tabela 20.

Tabela 20 - Distribuição por idade dos participantes

Idade	(n)	(%)
<25 Anos	48	12,9
Entre 25 e 44 anos	171	46,0
Entre 45 e 65 anos	140	37,6
> 65 Anos	13	3,5
Total	372	100%

Distribuição da amostra, por região (NUTS II)

Relativamente à distribuição da amostra por NUTS II, participaram 372 utentes, dos quais, 269 (72,3%) são da região de Lisboa, 42 (11,3%) são da região centro, 31 (8,3%) utentes são da região norte, 15 (4%) do Alentejo e 7 (1,9%) do Algarve 6 (1,6%) da Região Autónoma dos Açores e 2 (0,5%) da Região Autónoma da Madeira, como se pode verificar pela tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição da participação dos utentes, segundo as regiões (NUTS II)

Nuts2	(n)	(%)
Lisboa	269	72,3
Centro	42	11,3
Norte	31	8,3
Alentejo	15	4,0
Algarve	7	1,9
Região Autónoma dos Açores	6	1,6
Região Autónoma da Madeira	2	0,5
Total	372	100

Distribuição da participação dos utentes, por habilitações literárias

Relativamente à distribuição da amostra por habilitações literárias 322 utentes (86,6%) têm curso superior (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento), 42 (11,3%) dos utentes têm o ensino secundário, 3 (1,3%) o 3º ciclo de ensino básico, 2 (0,5%) o 2º ciclo básico e 1 (0,3%) o 1º ensino básico, como se pode verificar pela tabela 22.

A leitura dos dados permite-nos concluir que temos uma amostra cujo nível de habilitações literárias é muito instruída e não corresponde à caracterização da população portuguesa. Segundo dados do INE, em 2013, apenas 15,1% da população tinha curso superior e 18,9% tinha o ensino secundário.

Tabela 22 - Distribuição da participação dos utentes, por habilitações literárias

Nível de escolaridade	(n)	(%)
Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento	322	86,6
Ensino Secundário	42	11,3
3º Ciclo do Ensino Básico	5	1,3
2º Ciclo do Ensino Básico	2	0,5
1º Ciclo do Ensino Básico	1	0,3
Total	372	100,0

Frequência com que se deslocam à farmácia

As questões relativas à frequência com que se deslocam à farmácia, também foram consideradas variáveis importantes para um melhor conhecimento do grupo em estudo. Relativamente à frequência com que se deslocam à farmácia 163 (43,8%), responderam que deslocavam à farmácia menos de uma vez por mês e 103 (27,7%), deslocavam-se uma vez de duas em duas semanas.

Tabela 23 - Frequência com que se deslocam à farmácia

Frequência com que se deslocam às farmácias	(n)	(%)
Uma vez de duas em duas semanas	103	27,7
1 vez por mês	12	3,2
Menos de uma vez por mês	163	43,8
Raramente	93	25,0
Todos os dias	1	0,3
Total	372	100

Satisfação global com a farmácia

Relativamente à satisfação com a farmácia que utiliza, 84 (22,6%) dos respondentes declarou estar totalmente satisfeito e 265 (71,2%) bastante satisfeito. Verificou-se no entanto que 1 (0,3%) dos respondentes declarou estar globalmente insatisfeito e 13 (3,5%) estão pouco satisfeitos. As percentagens mais elevadas de insatisfação, foram geralmente associadas ao acesso da farmácia, tempos de espera e falta de medicamentos.

Tabela 24 - Satisfação global com a farmácia

Satisfação global com a farmácia	(n)	%
Bastante satisfeito	265	71,2
Totalmente satisfeito	84	22,6
Pouco satisfeito	13	3,5
Não sabe / não responde	9	2,4
Insatisfeito	1	0,3
Total	372	100

Distribuição percentual dos respondentes relativamente à atenção prestada

A maioria dos respondentes, 194 (52,2%) declarou obter “sempre” a necessária atenção no atendimento e 160 (43%) declarou receber “quase sempre” a referida atenção. Apenas uma percentagem mínima, 9 (2,4%), dos respondentes declarou que raramente obtinha essa atenção.

A leitura da tabela 25 permite constatar que a maior parte das pessoas inquiridas considera que lhe é dada a atenção necessária quando se desloca à farmácia,

Tabela 25 - Distribuição percentual dos respondentes relativamente à atenção prestada

Atenção prestada na farmácia	(n)	%
Sempre	194	52,2
Quase sempre	160	43,0
Raramente	9	2,4
Não sabe / não responde	9	2,4
Total	372	100,0

Distribuição percentual dos respondentes relativamente aos serviços prestados

Na avaliação dos serviços prestados, pelas farmácias, verifica-se que a maioria dos respondentes considera oportuno serem feitos serviços nas farmácias, nomeadamente medição da pressão arterial (95,2%), colesterol (86,9%) e glicemia (87,4%).

Já quando questionados sobre a intervenção da farmácia em consultas de higiene ou optometria são mais reservados, limitando-se a 33% e 29,8%, respetivamente.

Estes resultados permitem-nos concluir que os utentes sabem quais são os serviços que estão mais generalizados nas farmácias. É provável que os utentes não tenham considerado oportuno fazer certos serviços nas farmácias, porque a maior parte delas não os fazem ou associam-nos a uma maior especificidade ou área de competência.

Quando questionados relativamente à monitorização de doentes polimedicados apenas 56,6% dos inquiridos, considerou que a farmácia tinha papel de relevo.

Tabela 26 - Distribuição percentual dos respondentes relativamente aos serviços prestados pela farmácia

10. Serviços que lhe parecem oportunos serem efetuados na sua farmácia	Sim	Não	NS/NR
10.1. Medição da pressão arterial	95,2% (n=355)	2,7% (n=10)	2,1% (n=8)
10.2. Medição do colesterol	86,9% (n=324)	7,5% (n=28)	5,6% (n=21)
10.3. Medição da glicémia	87,4% (n=326)	5,4% (n=20)	7,2% (n=27)
10.4. Medição do índice de massa corporal	76,4% (n=285)	11,3% (n=42)	12,3% (n=46)
10.5. Administração de vacinas e injetáveis	72,7% (n=271)	18,8% (n=70)	8,5% (n=32)
10.6. Consultas de higiene oral	33% (n=123)	49,9% (n=186)	17,1% (n=64)
10.7. Consultas de optometria.	29,8% (n=111)	52,5% (n=196)	17,7% (n=66)
10.8. Consultas de podologia (pés)	42,4% (n=158)	42,1% (n=157)	15,5% (n=58)
10.9. Determinação de outros parâmetros biológicos (ex: hemoglobina, ureia, ácido úrico,...)	56,6% (n=211)	22,5% (n=84)	20,9% (n=78)
10.10. Primeiros Socorros	61,9% (n=231)	26% (n=97)	12,1% (n=45)
10.11. Tratamento de feridas	57,4% (n=214)	30,8% (n=115)	11,8% (n=44)
10.12 Monitorização de doente polimedicado	56,6% (n=211)	21,4% (n=80)	22% (n=82)

Papel da farmácia para o utente

Na avaliação efetuada sobre a identificação de situações em que a farmácia poderia ter um papel diferenciador na deteção de determinadas patologias, verifica-se pela tabela 27, que a maior parte dos inquiridos considera que a farmácia pode ter um papel de destaque na perceção da autossuficiência da pessoa idosa com 82,3% e 75,1% na deteção de problemas de mobilidade. Quando questionados relativamente à saúde oral e a sexualidade apenas 53,9% e 40,6% respondentes, respetivamente, considerou que a farmácia tinha papel de relevo.

Tabela 27 - Distribuição percentual dos respondentes às situações em que a farmácia poderia ter um papel de destaque:

11. Identifique as situações em que a farmácia poderia ter um papel de destaque: *	Sim	Não	NS/NR
11.1. Detecção precoce de suspeita de doença crónica	65,1% (n=243)	24,1% (n=90)	10,8% (n=40)
11.2. Perceção da autossuficiência (défice de autonomia) dos idosos	82,3% (n=307)	12,3% (n=46)	5,4% (n=20)
11.3. Detecção de problemas de mobilidade (instabilidade postural e quedas)	75,1% (n=280)	19,6% (n=73)	5,4% (n=20)
11.4. Detecção precoce de perturbações cognitivas	62,2% (n=232)	28,7% (n=107)	9,1% (n=34)
11.5. Detecção de situações depressivas	58,4% (n=218)	31,4% (n=117)	10,2% (n=38)
11.6. Detecção de problemas de visão	60,1% (n=224)	31,1% (n=116)	8,8% (n=33)
11.7. Detecção de problemas de audição	66% (n=246)	26% (n=97)	8% (n=30)
11.8. Saúde oral do idoso	53,9% (n=201)	34% (n=127)	12,1% (n=45)
11.9. Analisar os hábitos alimentares dos idosos	61,4% (n=229)	31,1% (n=116)	7,5% (n=28)
11.10. Sexualidade do idoso	40,6% (n=152)	44,1% (n=164)	15,3% (n=57)
11.11. Adesão da terapêutica dos utentes	73,5% (n=274)	12,6% (n=47)	13,9% (n=52)
11.12. Monitorização do doente polimedicado	56,6% (n=211)	21,2% (n=79)	22,2% (n=82)

Distribuição percentual dos respondentes às situações em que a farmácia poderia ter um papel de intervenção em instituições de idosos, IPSS

O cidadão irá ganhar mais responsabilidade da sua saúde ou doença. A amostra do estudo revela uma alta literacia, e isso talvez explique a perceção tão elevada para a necessidade de passar a ter uma intervenção mais ativa em instituições cujo focus é iminentemente em pessoas com 65 ou mais anos que precisam de cuidados especiais.

Na avaliação efetuada sobre a intervenção das farmácias em instituições de pessoas idosas, verifica-se pela tabela 28, que a maior parte dos inquiridos considera que a

farmácia pode ter um papel de destaque nomeadamente 89,8% para instruir competências aos cuidadores formais e informais e 87,4% para poderem organizar o armário de farmácia.

Perante estes resultados existe espaço para as farmácias terem uma intervenção mais ativa em instituições que têm maior contato com a população de 65+ e mais anos que têm necessidade de cuidados especiais.

Tabela 28 - Distribuição percentual dos respondentes às situações em que a farmácia poderia ter um papel de intervenção em instituições de idosos, IPSS e outros

12. Intervenção em instituições de idosos, IPSS e outros	Sim	Não	NS/NR
12.1. Organização do armário dos medicamentos	87,4% (n=329)	8,5% (n=32)	3,2% (n=12)
12.2. Preparação individualizada de terapêutica	86,9% (n=324)	8,5% (n=32)	4,6% (n=17)
12.3. Instruir competências aos cuidadores formais (técnicos auxiliares) e informais (familiares)	89,8% (n=335)	5,4% (n=20)	4,8% (n=82)

Distribuição percentual dos respondentes relativamente ao papel do farmacêutico e da farmácia na intervenção domiciliária

Quanto ao papel da farmácia na intervenção ao domicílio, verifica-se pela tabela 29, que a maior parte dos respondentes considera que a farmácia pode ter uma papel ativo na instrução de competências aos cuidadores (89,8%), na preparação individualizada da terapêutica (89,5%) e na organização do armário dos medicamentos ao domicílio (87,7%).

Os atuais serviços de apoio ao domicílio não estão vocacionados para populações em situações de incapacidade severa, caracterizando-se por um predomínio de tarefas domésticas, efetuado por pessoal pouco qualificados e mal remunerado. A ausência ou fracas relações de parceria entre estes serviços e os da saúde nem sempre se processam de forma integrada (Gil, 2010)

Ainda segundo Gil que cita Merrill (Gil, 2010) os cuidados familiares na dependência têm muito pouco consenso e não correspondem à tradicional imagem romântica dos cuidadores familiares, que fazem da família a principal fonte de cuidados.

Atendendo que a prestação de cuidados se pode vir a prolongar durante longos períodos de tempo, a farmácia poderá vir a integrar medidas mais assertivas que favoreçam o binómio doente e cuidador.

Tabela 29 - Distribuição percentual dos respondentes às situações relativamente ao papel do farmacêutico e da farmácia na intervenção domiciliária

13. Papel do farmacêutico e da farmácia na intervenção domiciliária*	Sim	Não	NS/NR
13.1. Organização do armário dos medicamentos ao domicílio	87,7% (n=327)	9,1% (n=34)	3,2% (n=12)
13.2. Preparação individualizada de terapêutica	89,5% (n=334)	7,6% (n=28)	2,9% (n=11)
13.3. Administração de medicamentos injetáveis	81,8% (n=305)	15,3% (n=57)	2,9% (n=11)
13.4. Administração de vacinas	80,2% (n=299)	15,2% (n=57)	4,6% (n=17)
13.5. Instruir competências aos cuidadores formais (técnicos auxiliares) e informais (familiares).	89,8% (n=334)	5,4% (n=20)	4,8% (n=18)

Aspetos relativos a situações que poderão agradar e/ou desagradar quando tiver 65 ou mais anos

O resultado da análise das respostas às questões abertas do que poderia agradar e/ou desagradar na farmácia quando tiver 65 ou + anos encontra-se sistematizado segundo a faixa etária, na tabela 30.

Salienta-se que os inquiridos com 65+ anos destacam o desconhecimento da história do doente e a burocracia, como fatores de maior desagrado.

Tabela 30 - Algumas respostas relativos a situações que poderão agradar e/ou desagradar a cidadãos quando perfizer 65 ou mais anos

Idade	Agradaria mais na sua farmácia	Desagradaria mais na sua farmácia
<25	Acessibilidade; Acompanhamento; Apoio médico; Assegurassem assistência domiciliária; Atendimento personalizado; Bom atendimento; Competência técnica; Custos elevados dos serviços e medicamentos; Ter medicamentos disponíveis;	Desleixo; Falta de atenção; Falta de medicamentos; Indiferença; Não alertassem para perda de capacidades; Não ter apoio da farmácia; Não terem os medicamentos prescritos; Preços elevados dos medicamentos; Ter de esperar em pé;
25 e 44 anos	Acesso digital à informação dos serviços existentes; Cobertura de um amplo leque de serviços; Competência técnica; Linguagem acessível; Proximidade; Ter a farmácia mais envolvida com a comunidade;	Atendimento com desprezo; A farmácia ter apenas em vista o lucro; Existência de barreiras arquitectónicas; Indiferença; Imposição de serviços desnecessários; Farmacêuticos a conferir receitas; Não analisar, planear e controlar a minha medicação em casa e na farmácia; Não ser escutado; Tempo de espera;
44 e 65 anos	Contribuir para a racionalização da medicação; Atendimento personalizado; Contribuísssem para uma vida saudável; Espaço de boa circulação; Gerissem problemas sociais e de saúde; Existência de linha apoio telefónico com as farmácias; Meio de comunicação com o médico assistente; Reconhecer a simpatia e o afeto dos profissionais, que atendem o idoso; Serviço integrado desde a prescrição à entrega ao domicílio; Serviço de apoio ao domicílio; Terem apoio psicológico;	Desrespeito; Inexistência de parques de estacionamento; Mau atendimento; Não alertassem para efeitos secundários de algum medicamento; Não haver ligação afetiva com os profissionais; Perspetiva comercial no atendimento; Ser atendida através de um postigo; Tempo de espera excessivo; Ter de me deslocar a uma farmácia;
>65 anos	Promovessem a vida ativa; Atendimento personalizado; Atendimento gerontológico;	Burocracia; Desconhecimento da história do utente; Desrespeito; Existência de barreiras arquitectónicas; Paternalismo;

Foi realizada uma análise de conteúdo, no entanto não foram contabilizados o número de respostas a cada um dos itens identificados na tabela anterior.

4.1.3. Farmácias e utentes: análise relacional dos dados

Para fazer uma análise em maior profundidade e de modo a comparar os dados dos inquéritos às farmácias com os dados dos inquéritos aos utentes, fez-se uma análise estatística, utilizando o teste qui-quadrado para avaliar a existência de homogeneidade entre as duas amostras em estudos. Todas as análises foram realizadas a um nível de significância de 5%.

Em que as respostas sim, do inquérito as farmácias é o somatório do “*sim, muito oportuno*” e “*sim, a considerar*” e o sim do inquérito dos utentes.

**Tabela 31 - Análise conjunta do inquérito às farmácias e do inquérito aos utentes
relativamente a deteção diferentes de situações**

	Farmácias % (n)	Utentes % (n)	p-value*
Feminino	62,50%	66,4%	0,3787
Masculino	37,50%	33,6%	
11.1. Deteção precoce de suspeita de doença crónica*	97,6% (n=164)	65,1% (n=243)	<0,0001
11.2. Perceção da autossuficiência (défice de autonomia) dos idosos	95,9% (n=161)	82,31% (n=307)	<0,0001
11.3. Deteção de problemas de mobilidade (instabilidade postural e quedas)	95,8% (n=161)	75,1% (n=280)	<0,0001
11.4. Deteção precoce de perturbações cognitivas	94% (n=158)	62,2% (n=232)	<0,0001
11.5. Deteção de situações depressivas	95,9% (n=161)	58,4% (n=218)	<0,0001
11.6. Deteção de problemas de visão	91,6% (n=154)	60,1% (n=224)	<0,0001
11.7. Deteção de problemas de audição	96,5% (n=162)	66% (n=246)	<0,0001
11.8. Saúde oral do idoso	96,4% (n=162)	53,9% (n=201)	<0,0001
11.9. Analisar os hábitos alimentares dos idosos	98,2% (n=165)	61,4% (n=229)	<0,0001
11.10. Sexualidade do idoso	88,7% (n=149)	40,6% (n=152)	<0,0001
11.11. Adesão da terapêutica dos utentes	97,6% (n=164)	73,5% (n=274)	<0,0001
10.12. Monitorização do doente polimedicado	99,4% (n=167)	56,6 (n=211)	<0,0001

*Diferenças estatisticamente significativas para 95% confiança.

Como se pode ver pelos resultados da tabela 31, verifica-se muito maior adesão das farmácias para detetar as várias situações descritas. Há uma diferença acentuada, nas opiniões dos farmacêuticos e pacientes, relativamente à monitorização do doente polimedicado, à saúde oral, alimentação e doenças depressivas. Note-se que, apesar de tudo, a aceitação por parte dos utentes, relativamente aos vários campos, ronda mais que 50%; exceto quanto à sexualidade da pessoa idosa (40,6%). É igualmente visível que é neste mesmo campo que as farmácias têm o valor mais baixo de acordo com 88,7%.

De uma forma geral parece que tanto as farmácias como os utentes estão preparados para a intervenção dos profissionais da farmácia, no entanto, reparamos que, nesta parte do estudo, os farmacêuticos estão mais alerta para a intervenção que os

próprios utentes. Talvez para uma intervenção o farmacêutico tenha que informar o utente da forte potencialidade da farmácia para ajudar na deteção de várias patologias (físicas ou psicológicas).

Tabela 32 - Análise conjunta do inquérito às farmácias e do inquérito aos utentes relativamente à intervenção na farmácia no apoio ao domicílio

18. Farmácia como local de intervenção ativa no apoio ao domicílio	Farmácias % (n)	Utentes % (n)	p-value
13.2. Preparação individualizada de terapêutica	67,9% (n=114)	89,5% (n=334)	<0,0001
18.1. Organização do armário dos medicamentos	58,9% (n=99)	87,7% (n=327)	<0,0001
18.5. Instruir competências aos cuidadores formais (técnicos auxiliares) e informais (familiares)	57,7% (n=97)	89,8% (n=334)	<0,0001
18.3. Administração de medicamentos	51,8% (n=87)	81,8% (n=305)	<0,0001
18.4. Administração de vacinas e injetáveis	54,2% (n=91)	80,2% (n=299)	<0,0001

* Diferenças estatisticamente significativas para 95% confiança

Quanto à intervenção na farmácia no apoio ao domicílio verifica-se exatamente o contrário da situação anterior: os utentes estão muito mais suscetíveis a aceitar a ajuda das farmácias; havendo diferenças significativas entre as perceções tidas pelas farmácias e dos utentes.

Pelo menos 50% das farmácias concordam com a intervenção da farmácia no apoio domiciliário.

Nestas duas comparações (Tabelas 31 e 32) há então um levantamento de questões importantes. Em primeiro lugar os utentes parecem não estar completamente preparados para a intervenção das farmácias na deteção de certas patologias e/ou sintomas, ou seja, a farmácia não é associada a uma política de prevenção. Assim sendo, poderíamos pensar que não há a perceção da farmácia como local de fácil acesso, de confiança e ajuda; no entanto, nas questões seguintes, verificamos que há uma enorme adesão relativamente à intervenção na farmácia no apoio ao domicílio. Por aqui vemos que há um possível “preconceito” relativamente ao papel a desempenhar pelo farmacêutico, talvez por desconhecimento das vantagens e potencialidades de uma deteção profissional precoce se situações alteradas de saúde

e autossuficiência. Por outro lado, se o domicílio é bem aceite repara-se que os utentes estão preparados a ver a farmácia como um local próximo e como uma grande potencialidade de ajuda.

Como foi descrito, repara-se que utentes e farmacêuticos têm visões opostas da farmácia, talvez estas diferentes perceções devessem ser unidas, partilhadas para um entendimento e ajuda mútuas. Quando se analisa que a perceção da farmácia não é igual para utentes e farmacêuticos tem-se espaço para intervenção, alguma informação não está a ser passada corretamente e pode haver objetivos por cumprir.

Apesar destas discrepâncias, parece que a sociedade concorda com o papel das farmácias no *envelhecimento ativo*, a questão agora é, como. Como se pode adaptar os desejos das pessoas às suas necessidades e realidades? Este estudo é o início, esperamos, de uma longa pesquisa sobre o desenvolvimento de políticas de ajuda à pessoa idosa; o ponto de partida pode ser a farmácia, e ao que parece, com mais cultura e informação, estamos numa sociedade cada vez mais preparada para o aceitar.

Capítulo V

Conclusões

5.1. Contributos para uma definição de políticas de *envelhecimento ativo*, a partir das farmácias comunitárias

A promoção de saúde e a prevenção da doença devem estar na base de qualquer planeamento estratégico da saúde.

As fragilidades e cuidados especiais associados ao envelhecimento desafiam as famílias, as instituições de cuidados de saúde e a sociedade contemporânea em geral. Contribuir para o respeito à autonomia a longo prazo em doentes idosos que se encontrem fragilizados e/ou incapacitados contribuirá para uma melhor vida da pessoa e uma melhor ligação afetiva com os outros.

A criação de dinâmicas de atuação na prevenção, gestão de cuidados e responsabilização do cidadão são essenciais para a redefinição de um sistema de saúde que se pretende sustentável.

5.2. Limitações e perspetivas de investigação futuras

Electra Ronchi, da OCDE, numa conferência em 2013, na Fundação Calouste Gulbenkian, alertou para o papel importante dos utentes na condução e reorientação da inovação. São as pessoas idosas que informam, criam e utilizam inovações que se estão a desenvolver em seu benefício, onde a inovação social e o trabalho voluntário são cruciais para uma intervenção mais eficaz (Ronchi, 2013).

Algumas das intervenções nas farmácias, no âmbito da população 65+, têm apontado para iniciativas isoladas e não concertadas com as restantes farmácias, o que nos leva a concluir que esta investigação pode contribuir para uma análise mais aprofundada sobre a importância das farmácias no âmbito *do envelhecimento ativo*.

As farmácias poderão contribuir para o fortalecimento do diálogo entre as diferentes entidades da sociedade civil, de diversa índole, para evitar quando possível, a sobreposição ou repetição de intervenções que podem ser consideradas duplicação

de esforços e ineficiente utilização dos escassos recursos existentes na nossa sociedade.

Espera-se que este trabalho de investigação:

- Possa contribuir para essa discussão, no âmbito da definição das políticas de saúde e objetivos estratégicos para o setor da saúde em Portugal.
- Possa servir de ensaio-piloto e contribuir para desenvolver nas farmácias um projeto de cuidados farmacêuticos diferenciados no âmbito da população 65+, que tem necessidade de cuidados especiais.
- Possa contribuir para o desenvolvimento de uma rede de competências da farmácia ao nível do envelhecimento ativo, aspeto que não está até à data, suficientemente desenvolvido e explorado.

5.3. Considerações finais

Partimos para esta investigação com a intenção de identificar qual a perceção que o farmacêutico tem do papel da farmácia no *envelhecimento ativo*.

Trata-se de uma temática que faz sentido na atualidade, uma vez que nos deparamos com um aumento da esperança de vida. O processo de envelhecimento, com as suas alterações fisiológicas associadas, torna a pessoa idosa vulnerável a determinadas patologias e/ou doenças crónicas que requerem uma intervenção cuidada na condição de saúde. Para que seja um processo bem-sucedido, é importante que as pessoas venham a desenvolvendo competências e conhecimentos ao longo da sua vida, para que lhes seja permitida a melhor gestão da situação clínica e/ou saúde em geral. Os diferentes atores, que intervêm nas áreas da saúde, devem estar preparados para este novo paradigma. A farmácia tem neste processo uma intervenção crucial, quer pela sua acessibilidade quer pela contribuição que pode ter para a condição de saúde das populações. Estas foram as principais razões que justificaram o estudo. Pretendíamos assim otimizar práticas e serviços que podem ser realizados nas farmácias e por outro lado alertar os utentes para gerir melhor a sua condição de saúde, sensibilizando-os para o próprio processo de envelhecimento.

O estudo da utilização de medicamentos fornece informações válidas aos profissionais de saúde. Tendo sido um estudo exploratório, a seleção destes grupos terapêuticos,

permitiu ter um modelo explicativo para obter pistas, relativamente à organização de um novo modelo de intervenção na farmácia.

A construção do inquérito procurou seguir um modelo alternativo e orientar-se para uma perspetiva futura. Para isso a investigadora procurou compreender a realidade do envelhecimento e orientar o inquérito para uma perspetiva humanista.

Considerando que o inquérito foi lançado em ambiente *web*, levou a que se tivesse algumas limitações em termos de colheitas de dados, nomeadamente conseguir ter acesso a correios eletrónicos, de grupos etários de pessoas, com 65 ou mais anos.

Pretendíamos sensibilizar utentes para o problema do envelhecimento e melhorar o conhecimento dos profissionais da farmácia relativamente ao papel que podem realizar.

Atendendo ao facto de investigarmos o papel da farmácia no âmbito do *envelhecimento ativo* e termos inquirido cerca de 6% de participantes com menos de 25 anos, contribuiu para uma sensibilização deste grupo etário para a problemática do envelhecimento. No entanto apercebemo-nos que tenha sido possível a perda de algumas informações importantes do que poderia ser o papel da farmácia no futuro, pelo facto de praticamente não frequentarem farmácias.

As farmácias percecionam preocupação relativamente à população com 65 ou mais anos, identificando a oportunidade de intervir na população com problemas na área cognitiva.

Apesar do estudo revelar dados importantes para caracterizar setor das farmácias no âmbito da intervenção 65+, seria importante efetuar análises mais exaustivas sobre a população com 65 e mais anos que utiliza mais frequentemente a farmácia.

O resultado deste estudo contribui para caracterizar melhor o sector das farmácias em Portugal, no âmbito da intervenção do envelhecimento ativo e obter uma perspetiva da qualidade de serviços que é percecionada e esperado pelos utentes.

As farmácias podem contribuir para um melhor acesso aos cuidados de saúde primários em estreita colaboração com o SNS e providenciar serviços especializados nas áreas do envelhecimento.

Salientam-se como conclusões principais desta investigação as seguintes:

- As alterações demográficas e epidemiológicas, a crescente participação de doentes e a partilha de cuidados entre profissionais de saúde, são alguns dos desafios que se colocam aos farmacêuticos na área da sua intervenção.
- No âmbito deste estudo, obtivemos resultados demonstrativos da relevância da farmácia para a sociedade e, especialmente o papel que poderá ser desenvolvido nestes locais, no âmbito do envelhecimento ativo, considerando os impactos da maior longevidade;
- O nosso estudo indica que as pessoas idosas continuam a tomar os medicamentos essenciais para a maioria das suas doenças mais graves, o que é contra algumas observações apresentadas por outras entidades.
- Apesar da crise sócio económica dos últimos anos, continuam a tomar os medicamentos mais essenciais, o que se relaciona com a política do medicamento implementada.
- A seleção e a dimensão da amostra quer em número de farmácias, quer em número de utentes que participaram no estudo, não permite extrapolar os resultados para a população-alvo.
- Apesar da análise efetuada não ser exaustiva, alguns resultados indiciam que as farmácias vão ao encontro das necessidades dos utentes, quer através dos serviços existentes, quer através de novos serviços que possam ser desenvolvidos no âmbito dos utentes com 65 e mais anos que necessitam de cuidados especiais de intervenção.
- O nosso estudo revela ser elevada a implementação de serviços farmacêuticos, o que resulta num quadro claramente positivo, denunciador do envolvimento por parte das farmácias e dos seus farmacêuticos, na prestação de serviços.
- As farmácias estão sensibilizadas e pretendem ter uma maior intervenção social da que têm neste momento para a pessoa idosa.

- Perto de 100% das farmácias inquiridas fazem prevenção de doenças cardiovasculares através da realização de serviços farmacêuticos.
- Do inquérito realizado ressalta o papel fundamental que as farmácias têm hoje em dia no despiste e controlo da hipertensão arterial e da hipercolesterolemia;
- As farmácias podem ter uma maior cooperação em lares de pessoas idosas no sentido do acompanhamento farmacoterapêutico e gestão de terapêutica;
- As farmácias podem ter um papel crucial na deteção de certas patologias, sinalização aos familiares e encaminhamento para diferentes especialidades médicas;
- A intervenção do farmacêutico é imprescindível para a contribuição do uso racional dos medicamentos e de produtos de saúde no âmbito de um *envelhecimento ativo*.
- As farmácias e os utentes estão sensibilizados em relação ao seu papel da farmácia na sociedade e as primeiras estão abertas à aquisição de novas competências por parte dos seus profissionais, sendo esta uma área de intervenção a explorar no futuro.

Referências bibliográficas

- ANF. (2006). *Serviços Farmacêuticos*. (PCF, Ed.). Lisboa: Associação Nacional das Farmácias.
- Banning, M. (2009). A review of interventions used to improve adherence to medication in older people. *International Journal of Nursing Studies*, 46(11), 1505–1515.
- Botelho, M. A. (2005). A funcionalidade dos Idosos. In *Envelhecer em Portugal - Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (1ª edição., pp. 115–135). Lisboa: Climesi Editores.
- Cabral, Manuel Villaverde ; Ferreira, Pedro Moura; Silva ; Pedro Alcântara ; Jeronimo, Paula ;Marques, T. (2013). *Processo de envelhecimento em Portugal - Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Carrilho, M. J. (2013). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *INE*. Retrieved from www.ine.pt
- Carvalho, M. I. (2013). Um percurso heurístico pelo envelhecimento. In *Serviço Social no envelhecimento* (pp. 1–15). Lisboa: Pactor.
- Castel-Branco M.M.; Caramona, M. M.; F.-Ll. (2011). Necessidades reais de implementação de novos Serviços Farmacêuticos centrados no Doente. *Acta Farmacêutica Portuguesa, Vol I*, 15–22.
- CE. (2007). *Juntos para a Saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)*. Bruxelas: Comissão Europeia.
- CE. (2013). *Relatório sobre a Parceria Europeia de Inovação para um Envelhecimento Ativo e Saudável*. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/ageing/portal/index_pt.htm
- CEPCEP. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*.
- CNECV. (2014). *Parecer sobre as vulnerabilidades das pessoas idosas, em especial das que residem em instituições*. Lisboa. Retrieved from http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1406633196_Parecer_80_CNECV_2014.pdf
- Correia da Silva, A. C. (1968). *Factos e Problemas da Farmácia Portuguesa*. Lisboa: Edição da Sociedade Farmacêutica Lusitana.
- Correia de Campos, A. (2008). *Reformas na da Saúde: o Fio Condutor*. Coimbra: Almedina.
- Correr C.J. ; Rotta I. ;Salgado TM, & F., F.-L. (2011). Tipos de Serviços Farmacêuticos Clínicos: O que dizem as revisões sistemáticas? *Acta Farmaceutica Portuguesa, Vol 1(Nº2)*.
- Costa, A. B. (2009). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Publicações Gradiva.

- Deloitte. (2011). *Saúde em análise. Uma visão de Futuro*. Retrieved from [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/LocalAssets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/LocalAssets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)
- DGS. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Retrieved from <http://www.whhttp://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf.portaldaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Duarte, A. G. (2005). Um pensamento nobre e generoso: a solidariedade como factor de coesão na história da profissão farmacêutica em Portugal. In *Farmacêuticos. O Exercício da Solidariedade*. (pp. 16–33). Lisboa: MONAF.
- Duarte, Alzira ; Nunes, F. ; Martins, L. (2001). *Responsabilidade Social no Sector das Farmácias em Portugal*. Lisboa. Retrieved from http://ofporto.org/upload/documentos/91398-Resp_social.pdf
- Dupond, L., Bortel, L. Van, & Boussery, K. (2012). Medication Management Among Home-Dwelling Older Patients with chronic diseases:possibles roles. *The Journal Nutrition, Health 6 Aging*, 16(8), 721–726.
- ERS. (2011). *Avaliação do acesso dos acessos dos utentes aos cuidados continuados de saúde*. Porto. Retrieved from https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/144/Relatorio_Cuidados_Continuados.pdf
- Eurostat. (2014). Projected old-age dependency ratio. *Eurostat*. Retrieved January 27, 2014, from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde511&plugin=1>
- Falcão, R. (2005). Episódios da solidariedade. In MONAF (Ed.), *Farmacêuticos. O Exercício da solidariedade*. Lisboa.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade. Demografia, familia e politicas sociais em Portugal* (1ª edição.). Lisboa: Celta Editores.
- Fernandes, A. A. (2008). *Questões demográficas. Demografia e Sociologia da População*. Edições Colibri.
- Fernandes, A., & Botelho, M. A. (2007). Envelhecer ativo. Envelhecer saudável: o grande desafio. *CesNova*, 11–16. Retrieved from <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt/PDF/FS17-Art.1.pdf>
- Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento - uma abordagem psicológica*. Universidade Católica.
- Frontier economics. (2002). *The relationship between quality and local concentration*. *Frontier economics*. London. Retrieved from www.frontier-economics.com
- Galvin, Rose ; Moriarty, Frank ; Cousins, Grainne; Cahir, C. (2014). Prevalence of potentially inappropriate prescribing and prescribing omissions in older Irish

- adults: findings from The Irish Longitudinal Study on Ageing study (TILDA). *Eur J Clin Pharmacol*, 70, 599–606.
- GEPAC. (2013). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações - 2012*. Lisboa. Retrieved from www.gepac.gov.pt
- Gil, A. P. (2010). *Heróis do Quotidiano - Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guerreiro, MP ; Martins, A., & ; Cantrill, J. (2012). Preventable drug-related morbidity in community pharmacy: commentary on the implications for practice and policy of a novel intervention. *Int J ClinPharm*, 34, 628–685.
- Harper, S. (2009). Uma Abordagem às Implicações do Envelhecimento Global. In *O tempo da Vida* (pp. 33–49). Cascais: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Haynes, RB ; Ackloo E ; Sahota, N ; McDonald, H. Y. X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane database of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.*, (CD000011).
- Horta, R ; Costa, S. ; M. Z. (2007). National Medication Review Campaign in the Elderly Population: Portuguese pharmacies unveil the brown bag. Associação Nacional das Farmácias.
- INE. (2014). Estimativas de População Residente em Portugal - 2013. *Destaque*.
- Infarmed. (2013a). *Infarmed - um olhar presente, uma visão para o futuro*. (D. de Bordo, Ed.) (1ª edição.). Lisboa.
- Infarmed. (2013b). *Prontuário Terapêutico*. Lisboa: Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP.
- Klein-Schwartz. (2002). Patient Assessment and consultation. In *Handbook of Nonprescription Drugs* (13 th., pp. 15–32). American Pharmaceutical Association.
- Lancet. (2012). Chronic disease management in ageing populations. *The Lancet*, 379(9829), 1851. doi:10.1016/S0140-6736(12)60790-9
- Machado, P. (2005). *As malhas que a (c)idade tece : mudança social, envelhecimento e velhice em meio urbano*. Universidade Nova de Lisboa.
- Mosca, C. ; Correia, P. (2013). O medicamento no doente idoso. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, II(Vol. II), 77–81. Retrieved from <http://ofporto.org/upload/revistas/ficheiros/904625-revista3.pdf>
- Nordstokka, K. (2012). Innovating better ways of living in later life: Context, Examples and Opportunities. *Social Innovation Exchange*. Retrieved June 06, 2013, from <http://socialinnovationexchange.org/ideas-and-inspiration/finance/articles/innovating-better-ways-living-later-life-context-examples-and>
- Nunes, R. ; Melo, H. P. (2011). *Testamento Vital* (1ª ed.). Coimbra: Almedina.

- Odegard, P. S., Breslow, R. M., Koronkowski, M. J., Williams, B. R., & Hudgins, G. a. (2007). Geriatric pharmacy education: a strategic plan for the future. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 71(3), 47. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1913301&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- OF. (2009). *Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPF)*. Lisboa. Retrieved from http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3082.pdf
- OMS. (2007). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Suíça: Organização Mundial da Saúde.
- OMS. (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre determinante sociais. Relatório Final da Comissão para as Determinantes Sociais da Saúde em Portugal*. (Organização Mundial de Saúde, Ed.). Organização Mundial da Saúde em 2007. Retrieved from http://www.gulbenkian.pt/images/mediaRep/institucional/FTP_files/pdfs/PGDesenvolvimentoHumano/ProjIdosos_GuiaCidades2009.pdf
- OPSS, O. P. dos S. de S. (2013). *Relatório da Primavera 2013: duas faces da Saúde*. Retrieved from http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013_0.pdf
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In *Envelhecer em Portugal* (1ª edição., pp. 22–39). Lisboa: Cliepsil Editores.
- Paúl, C.; Fonseca, AM; Martin I. ; Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In *Envelhecer em Portugal - Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1º edição., pp. 75–95). Lisboa: Cliepsii Editores.
- PGEU. (2012). *Farmácia Comunitária Europeia - Relatório - Para a optimização dos resultados em Saúde dos Doentes enquanto indivíduos e para a valorização dos Sistemas de Saúde da Europa*. Luxembourg.
- PGEU. (2013). *Community Pharmacy, the Accessible Local Healthcare Resource* (pp. 1–16). Retrieved from www.pgeu.eu
- PGEU. (2014). *Activities Report March 2014* (pp. 1–19). Belgium. Retrieved from www.pgeu.eu
- Pita, J. R. (1996). *Farmácia, Medicina e Saúde Pública em Portugal (1772-1836)*. Coimbra: Livraria Minerva Editora.
- Pordata. (2014). Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução - Portugal. Retrieved June 13, 2014, from <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+Indice+sintetico+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reproducao-416>
- Portaria nº1427 (2007). Portugal: Ministério da Saúde.

- Queirós, S. (2012). *Aspectos económicos do sector das farmácias: Uma análise da evolução dos últimos 5 anos*. Universidade do Minho.
- Ronchi, E. (2013). Conferência Gulbenkian - Envelhecimento e Inovação Social (pp. 105–110). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Santana, I. (2005). A doença de Alzheimer e outras demências - diagnóstico diferencial. In *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 61–82). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, lda.
- Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de projetos sociais - Casos práticos*. Lisboa: Porto Editora, lda.
- Silveira, J. (2005). MONAF 1985-2005. Comemorações dos vinte anos. In *Farmacêuticos. O Exercício da Solidariedade*. Lisboa: MONAF.
- Simões, J. (2009). O financiamento do Serviço Nacional de Saúde. In *Ética, Justiça e Cuidados de Saúde* (pp. 49–56). Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- Somers, A.; P. M. (2014). Principaux problèmes liés aux médicament conduisant à une hospitalisation chez des personnes agees. *Jornal de Pharmacie de Belgique*, 2, 34–37.
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Principia.
- SPD. (2013). *Diabetes_factos e números 2013 - - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa.
- Taylor, D., & Gill, J. (2012). Active Ageing : Live longer and prosper, (April).
- Unidas, N. (2012). Population ageing and development: Ten years after Madrid. *Nações Unidas*. Retrieved September 09, 2013, from http://www.un.org/esa/population/publications/popfacts/popfacts_2012-4.pdf
- WHO. (2012). *Home Care Across Europe - current structure and future challenges*.
- Wintlev-Jensen, P. (2009). Panorâmica da estratégia da Comissão Europeia em matéria de novas tecnologias e serviços para envelhecerem bem. In *O tempo da vida*. Lisboa: Principia.

Anexos

Anexo I – Questionário aos farmacêuticos

Anexo II – Questionário aos utentes

Anexo 1 – Email convite e questionário das farmácias

O papel da Farmácia e o seu contributo para o *envelhecimento ativo*

Questionário elaborado no âmbito da dissertação de Mestrado de Saúde e Envelhecimento pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa subordinado ao tema: O papel da Farmácia e o seu contributo para o envelhecimento ativo.

Com o presente questionário, pretende-se recolher os dados necessários à análise da intervenção da farmácia no âmbito do envelhecimento ativo das populações e verificar se existe alguma correlação entre a localização geográfica, dimensão da farmácia e a qualidade de serviços prestados a uma população. Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para a elaboração da dissertação de mestrado e manter-se-á o anonimato das respostas. Deixo desde já os meus sinceros agradecimentos a todos os interessados em colaborar no estudo. Fico ao dispor para qualquer dúvida que possa surgir relativamente a este inquérito, no seguinte endereço: alexandra.simoes@anf.pt

1. Género: *

- 1.1. Feminino
- 1.2. Masculino

2. Idade *

- 2.1. < 25 anos
- 2.2. Entre 25 e 44 anos
- 2.3. Entre 45 e 65 anos
- 2.4. > 65 anos

3. Cargo *

- 3.1. Diretor técnico
- 3.2. Farmacêutico adjunto
- 3.3. Farmacêutico
- 3.4. Estagiário / estudante
- 3.5. Outro: _____

4. Proprietário da farmácia *

4.1. Sim

4.2. Não

5. Indique o Distrito, Concelho e Freguesia onde a farmácia se localiza *

5.1. Distrito: * _____

5.2. Concelho: * _____

5.3. Freguesia: * _____

6. Indique o número de horas de abertura semanal da farmácia (não incluir as horas correspondentes a reforço e serviço noturno) *

R:

7. Indique a área total da farmácia: *

7.1. Pequena (< 85m²)

7.2. Média (85-150m²)

7.3. Grande (≥ 150m²)

8. Indique o número total de colaboradores da farmácia *

8.1. E desses, qual o número de farmacêuticos? *

9. Qual a distância aproximada até à farmácia concorrente mais próxima? *

9.1. - Menos de 500 m

9.2. - 500 m a 2 Km

9.3. - 2 km a 5 km

9.4. - 5 km a 10 km

9.5. - Mais de 10 km

10. Das opções em baixo, por favor assinale as que caracterizam o utente da sua farmácia: *

- 10.1. Residentes na área
- 10.2. Utentes de passagem
- 10.3. Mistos

11. Das opções em baixo, por favor assinale as parcerias que tem estabelecidas com a sua farmácia *

- 11.1. Junta de freguesia
- 11.2. Centros de dia
- 11.3. Unidades de cuidados continuados
- 11.4. Estruturas residenciais para idosos (lares de idosos)
- 11.5. Igrejas e/ou centro paroquial
- 11.6. Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)
- 11.7. Associações ou coletividades
- 11.8. Unidades de saúde familiar (USF)
- 11.9. Serviços apoio domicilio (SAD)
- 11.10. Organizações sem fins lucrativos
- 11.11. Universidades seniores
- 11.12. Outra: _____

12. Quais são os serviços que são efetuados na sua farmácia: *

12. Serviços feitos atualmente na farmácia	Sim	Não	Não sabe / não responde
12.1. Informação sobre saúde (exemplo: i-Saúde)			
12.2. Medição do colesterol			
12.3. Medição da pressão arterial			
12.4. Medição da glicemia			
12.5. Cálculo do índice de massa corporal			
12.6. Campanhas de promoção da saúde			
12.7. Campanhas de prevenção da doença			
12.8. Entrega de medicamentos no domicílio			
12.9. Apoio domiciliário			
12.10. Preparação individualizada da terapêutica			
12.11. Administração de vacinas não incluídas no plano nacional de vacinação			
12.12. Administração de medicamentos			
12.13. Gestão da terapêutica			
12.14. Acompanhamento farmacêutico (via sistema informático)			
12.15. Consultas e exames de audiolgia			
12.16. Consultas de cessação tabágica			
12.17. Consultas de cardiopneumologia			
12.18. Consultas de nutrição e dietética			
12.19. Consultas de higiene oral			
12.20. Consultas de optometria			
12.21. Consultas de podologia			
12.22. Consulta de pé diabético			
12.23. Consultas de fisioterapia			
12.24. Consultas de terapia da fala			
12.25. Tratamento de feridas			
12.26. Programa de cuidados farmacêuticos - Asma / Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)			
12.27. Programa de cuidados farmacêuticos – Diabetes			
12.28. Programa de cuidados farmacêuticos - Hipertensão Arterial / Dislipidemia			

13. No âmbito da organização do espaço farmácia, identifique as intervenções que como farmacêutico, considera serem primordiais:

13. Intervenção no âmbito da organização do espaço farmácia	Sim	Não	Não sabe / não responde
13.1. Farmácia acessível e com infra-estruturas adequadas à população com necessidades especiais: rampas de acesso, corrimão			
13.2. Existência de gabinete de atendimento			
13.5. Existências de cadeiras ou bancos no espaço de atendimento			
13.4. Área para determinação de diferentes parâmetros biológicos			
13.6. Área destacada com produtos de saúde para utentes com necessidades especiais: produtos de cosmética e higiene, ostomia			
13.7. Área de ajudas técnicas (ortopedia, ajudas de mobilidade)			

14. Relativamente aos utentes 65+, com necessidades especiais, identifique as situações em que a sua farmácia pode ter um papel de destaque quer pela sua intervenção e aconselhamento como farmacêutico, quer pelos serviços disponibilizados, quer pelo encaminhamento para outros profissionais de saúde:

*

14. Farmácia como local de saúde para utentes que requerem cuidados especiais	Sim	Não	Não sabe / não responde
14.1. Detecção precoce de suspeita de doença crónica			
14.2. Perceção da autoinsuficiência (défice de autonomia) dos idosos			
14.3. Detecção de problemas de mobilidade (instabilidade postural e quedas)			
14.4. Detecção precoce de perturbações cognitivas			
14.5. Detecção de situações depressivas			
14.6. Encaminhamento para médico e/ou centro de saúde			

15. Farmácia como local de intervenção ativa do farmacêutico, na utilização correta do medicamento: *

15. Farmácia como local de intervenção farmacêutica.	Sim	Não	Não sabe / não responde
15.1. Monitorização de doentes polimedicados			
15.2. Promoção de uso correto, efetivo e seguro dos medicamentos			
15.3. Identificação de fármacos que não devem ser utilizados em utentes idosos com patologias específicas			
15.4. Identificar medicamentos que o utente idoso toma, e que possam estar na origem de reações adversas e de alterações metabólicas e digestivas			
15.5. Avaliação se doente consegue aderir às instruções de uso dos medicamentos e de aderir às posologias			

16. Farmácia como espaço de intervenção pluridisciplinar de profissionais com diferentes competências. *

16. Farmácia como local de intervenção pluridisciplinar de profissionais com diferentes competências na área da saúde.	Sim	Não	Não sabe / não responde
16.1. Analisar os hábitos alimentares dos idosos			
16.2. Detecção da necessidade em suplementos nutricionais orais			
16.3. Avaliação da vitalidade cabelos, unhas e pele			
16.4. Detecção de problemas de visão			
16.5. Detecção de problemas de audição			
16.6. Higiene do sono			
16.7. Sexualidade do idoso			
16.8. Saúde oral do idoso			

17. Quais são os serviços em que a farmácia poderia ter intervenção numa IPSS e outras instituições (lares de idosos) *

17. Quais são os serviços em que a farmácia poderia ter intervenção numa IPSS e outras instituições (lares de idosos) *	Sim	Não	Não sabe / não responde
Farmácia como local de intervenção em instituições			
17.1. Organização do armário dos medicamentos			
17.2. Preparação individualizada de terapêutica			
17.3. Gestão da terapêutica			
17.4. Administração de medicamentos			
17.5. Administração de vacinas e injetáveis.			
17.6. Administração de oxigénio			

18. Quais são os serviços de intervenção ativa dos farmacêuticos e da farmácia no apoio domiciliário *

Farmácia como local de intervenção ativa no apoio ao domicílio	Sim	Não	Não sabe / não responde
18.1. Organização do armário dos medicamentos			
18.2. Preparação individualizada de terapêutica			
18.3. Administração de medicamentos			
18.4. Administração de vacinas e injetáveis			
18.5. Instruir competências aos cuidadores formais (técnicos auxiliares) e informais (familiares)			
18.6. Formação e manutenção de utilização de ajudas técnicas			
18.7. Entubação naso gástrica			
18.8. Aspiração de secreções			
18.9. Cuidados de feridas: úlceras de pressão			
18.10. Ajudas em doentes ostomizados			
18.11. Ajudas em doentes algaliados			
18.12. Medição de parâmetros biológicos			
18.13. Entrega de medicamentos ao domicílio			
18.14. Ajudas de transferência (elevador, cadeiras, etc)			

19. Formação e competências *

19. Necessidades de formação contínua de quadros da farmácia em competências geriátricas	Sim	Não	Não sabe / não responde
19.1. Há necessidade de formação diferenciada para melhor intervir na população 65+, com necessidades especiais			
19.2. Tem formação específica em questões geriátricas e/ou saúde e envelhecimento			
19.3. Existem elementos da equipa da farmácia com competências específicas em áreas da geriatria / gerontologia			
19.4. Considera útil formação em e-learning aos quadros da sua farmácia			
19.5. Considera útil a formação presencial aos quadros da sua farmácia.			

20. Identifique produtos de saúde e de ajudas técnicas que são oportunos para serem dispensadas na sua farmácia para populações 65+, com necessidades especiais

Ajudas técnicas que identifica como importantes para a intervenção da população que requer cuidados especiais	Sim, muito oportuno	Sim, a considerar	Não	Não sabe / não responde
20.1. Produtos tecnológicos que utilizam sensores de monitorização: alarmes pessoais, telemóveis, pulseiras, etc				
20.2. Produtos cosméticos e de higiene (mercado anti envelhecimento - cabelos, pele, unhas)				
20.3. Produtos de higiene e cuidados orais: (próteses; escovas; colas, produtos para afeções bucais)				
20.4. Ajudas otológicas (aparelhos auditivos, acessórios: pilhas)				
20.5. Ajudas oftalmológicas (óculos, lúpas)				
20.6. Suplementos alimentares 50+				
20.7. Ajudas para mobilidade pessoal e de reabilitação				
20.8. Camaras expansoras				
20.9. Produtos de ostomia (sacos)				
20.10. Produtos para escaras				
20.11. Ajudas de cama (almofadas, resguardos, etc..)				
20.12. Ajudas de banho (suportes, banco de banho)				
20.13. Produtos para incontinência (fraldas, pensos)				
20.14. Ajudas para a toma de medicamentos (dispensadores)				

21. No âmbito da cidadania e do papel social da farmácia, identifique os serviços que percebe que podem ser efetuados através das farmácias em parceria com outras instituições: *

21. Papel da farmácia como local de intervenção em projetos de responsabilidade social.	Sim	Não	Não sabe / não responde
21.1. Banco farmacêutico			
21.2. Banco de medicamentos solidário (MSSS / Infarmed/ Apifarma)			
21.3. Apoio domiciliário			
21.4. Contribuir para melhor intervenção de voluntários no interior das IPSS			
21.5. Contribuir para as parcerias com as Câmaras e/ou Juntas de freguesia			
21.6. Parcerias com ONGs e IPSS			
21.7. Integração de redes para a promoção de um Envelhecimento ativo			
21.8. Operacionalizar redes de parceria de modo a explorar as economias de escala			
21.9. Contribuir para a educação para a saúde para a população com 65+ anos (autonomia, saúde)			
21.10. Contribuir para que a sociedade civil providencie apoio à população sénior			
21.11. Recolha de medicamentos no domicílio fora do prazo de validade			

P.F. utilize este espaço para nos deixar os seus comentários e sugestões de melhoria para uma melhor política de envelhecimento ativo.

23. Que tipo de iniciativas/atividades e/ou contributos poderia contribuir com a sua farmácia no âmbito do envelhecimento e das necessidades especiais que esta população podem vir a sentir. *

24. Como percebe que as farmácias irão "reinventar" o envelhecimento, adaptando a sua intervenção farmacêutica, social e de sociabilização a uma população mais envelhecida?

25. O que mudaria no sistema de Recursos Humanos da sua farmácia para inovar no âmbito de serviços a uma população mais sénior?

26. Outros comentários e/ou sugestões:

Anexo 2 – Email de convite e questionário direcionado a utentes

O papel da Farmácia e o seu contributo para o envelhecimento *ativo*

Questionário elaborado no âmbito da dissertação de Mestrado de Saúde e Envelhecimento pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa subordinado ao tema: O papel da Farmácia e o seu contributo para o envelhecimento ativo.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração, através do preenchimento deste inquérito. O objetivo é obter alguns dados sobre a perceção tida pelos utentes relativa à intervenção da Farmácia, no âmbito do envelhecimento ativo, bem como algumas opiniões sobre a matéria.

Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para a elaboração da dissertação de mestrado e manter-se-á o anonimato das respostas.

Deixo desde já os meus sinceros agradecimentos a todos os interessados em colaborar no estudo.

Fico ao dispor para qualquer dúvida que possa surgir relativamente a este inquérito, no seguinte endereço: alexandrarsimoes@clix.pt

1. Género: *

- 1.1. Feminino
- 1.2. Masculino

2. Idade *

- 2.1. < 25 anos
- 2.2. Entre 25 e 44 anos
- 2.3. Entre 45 e 65 anos
- 2.4. > 65 anos

2. Nível de escolaridade *

- 3.1. 1º Ciclo do Ensino Básico (antigo Ensino Primário).
- 3.2. 2º Ciclo do Ensino Básico (antigo Ciclo Preparatório).
- 3.3. 3º Ciclo do Ensino Básico (antigo 5º ano do Liceu).
- 3.4. Ensino Secundário (antigo 7º ano do Liceu)
- 3.5. Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)

3. Profissão: *

5. Indique os seus dados locais de residência: *

5.1. Distrito: *

5.2. Concelho: *

5.3. Freguesia: *

6. Com que frequência vai à farmácia? *

6.1. Uma ou mais vezes por semana

6.2. Uma vez de duas em duas semanas

6.3. Menos de uma vez por mês

6.4. Raramente

6.5. Outra

5. Pensando na farmácia que vai mais vezes, qual é o grau de satisfação *

7.1. Está totalmente satisfeito

7.2. Bastante satisfeito

7.3. Pouco satisfeito

7.4. Insatisfeito

7.5. Não sabe / não responde

6. A pessoa que o atende na farmácia dá-lhe a atenção necessária. *

8.1. Sempre

8.2. Quase sempre

8.3. Raramente

8.4. Nunca

8.5. Não sabe / não responde

9. Qual a razão principal que o leva a visitar uma farmácia? *

9.1. Adquirir medicamentos de uma receita médica

9.2. Adquirir medicamentos não sujeitos a receita médica

9.3. Adquirir produtos de saúde (cosméticos, produtos de higiene oral, suplementos alimentares)

9.4. Utilizar serviços farmacêuticos

9.5. Solicitar aconselhamento do seu farmacêutico

10. Quais são os serviços que lhe parecem oportunos serem efetuados na sua farmácia:

10. Serviços que percebeira serem feitos na sua farmácia	Sim	Não	Não sabe / não responde
10.1. Medição da pressão arterial			
10.2. Medição do colesterol			
10.3. Medição da glicémia			
10.4. Medição do índice de massa corporal			
10.5. Administração de vacinas e injetáveis			
10.6. Consultas de higiene oral			
10.7. Consultas de optometria.			
10.8. Consultas de podologia (pés)			
10.9. Determinação de outros parâmetros biológicos (ex: hemoglobina, ureia, ácido úrico,...)			
10.10. Primeiros socorros			
10.11. Tratamento de feridas			
10.12. Monitorização do doente polimedicado			

11. Relativamente aos utentes com necessidades especiais de intervenção, identifique as situações em que a farmácia poderia ter um papel de destaque: *

11. Identifique as situações em que a farmácia poderia ter um papel de destaque: *	Sim	Não	Não sabe / não responde
11.1. Detecção precoce de suspeita de doença crónica			
11.2. Perceção da autoinsuficiência (défice de autonomia) dos idosos			
11.3. Detecção de problemas de mobilidade (instabilidade postural e quedas)			
11.4. Detecção precoce de perturbações cognitivas			
11.5. Detecção de situações depressivas			
11.6. Detecção de problemas de visão			
11.7. Detecção de problemas de audição			
11.8. Saúde oral do idoso			
11.9. Analisar os hábitos alimentares dos idosos			
11.10. Sexualidade do idoso			
11.11. Adesão da terapêutica dos utentes			
11.12. Monitorização do doente polimedicado			

12. Pensando numa população com 65 ou + anos, identifique as atividades em que a farmácia pode ter um papel ativo nas instituições de idosos e IPSS *

12. Intervenção em instituições de idosos, IPSS e outros	Sim	Não	Não sabe / não responde
12.1. Organização do armário dos medicamentos			
12.2. Preparação individualizada de terapêutica			
12.3. Instruir competências aos cuidadores formais (técnicos auxiliares) e informais (familiares)			

13. Papel do farmacêutico e da farmácia na intervenção domiciliária, a utentes com necessidades especiais. *

13. Papel do farmacêutico e da farmácia na intervenção domiciliária*	Sim	Não	Não sabe / não responde
13.1. Organização do armário dos medicamentos ao domicílio			
13.2. Preparação individualizada de terapêutica			
13.3. Administração de medicamentos injetáveis			
13.4. Administração de vacinas			
13.5. Instruir competências aos cuidadores formais (técnicos auxiliares) e informais (familiares).			

P.F. utilize este espaço para nos deixar os seus comentários e sugestões de melhoria para uma melhor política de envelhecimento ativo.

14. Que tipo de iniciativas /atividades / contributos poderiam ter as farmácias no âmbito do envelhecimento e das necessidades especiais que esta população podem vir a sentir.

15. Como acha que a farmácia terá de adaptar os serviços às necessidades das pessoas idosas e/ou com necessidades especiais?

16. Acha que as farmácias podem contribuir para um melhor apoio ao envelhecimento das populações? *

17. Ao pensar nos seus 65 ou mais anos, o que mais lhe agradaria na sua farmácia? *

18. Ao pensar nos seus 65 ou mais anos, o que mais lhe desagradaria na sua farmácia? *

19. Comentários ou outras sugestões